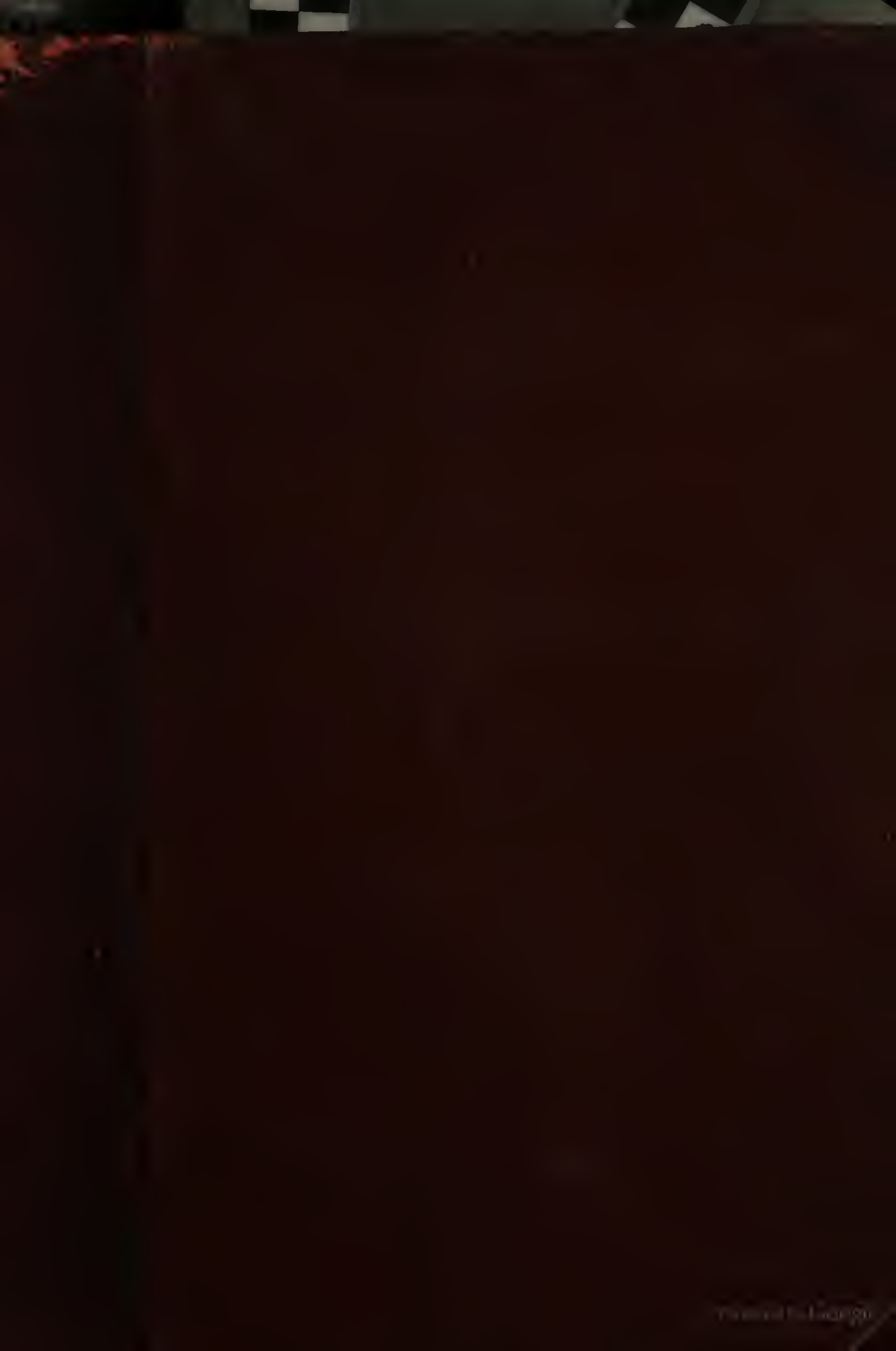
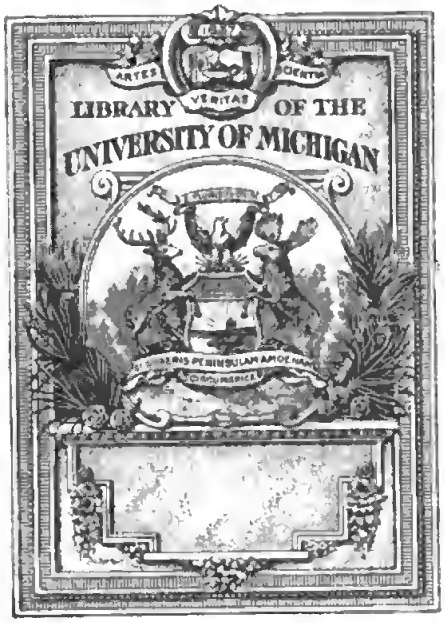




Digitized by Google

C / C
5 3

SCHMIDT'S

JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

HERAUSGEGEBEN

VON

H. DIPPE

IN LEIPZIG.

JAHRGANG 1908. BAND 299.

LEIPZIG
VERLAG VON S. HIRZEL.
1908.

Digitized by Google

Digitized by Google

Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 299. **1908.** **Heft 1.**

A. Originalabhandlungen und Uebersichten.

Jahresbericht über die neueren Leistungen auf dem Gebiete der Hydro-, Balneo-, Klimato- und Phototherapie.[1])

Von

Dr. **Franz C. Müller**

in München.

„Epochemachendes" ist auf dem Gebiete der drei erstgenannten Disciplinen nicht zu verzeichnen, nur die Phototherapie, sowohl was die Luftbäder, als auch die Behandlung mit Röntgenstrahlen betrifft, hat bedeutende Fortschritte gemacht. Die Hydropathen waren eifrig bestrebt, ihre Disciplin weiter auszubauen und ihr das klinische Bürgerrecht zu verschaffen, was theilweise auch schon gelungen ist. Die Balneologen scheinen dem Radium eine Bedeutung beizumessen, die früher der „Brunnengeist" hatte. Die Kohlensäurebäder haben ihre Einrichtungen für Herzkranke ausgebaut, neben Nauheim ist in Deutschland namentlich Orb, in Böhmen Franzensbad in die Höhe gekommen.

I. Hydrotherapie.

A. Allgemeine Hydrotherapie.

W. Winternitz, *Physiologische Grundlage der Hydro- und Thermotherapie.* Stuttgart 1906. Ferd. Enke. Gr. 8. 87 S. mit 11 Textabbildungen. (2 Mk.)

Wenn der Bauherr nach mehr als 40jährigem Bestande die Fundamente seines Gebäudes unversehrt findet, wenn an Wölbungen und Hauptmauer keine Risse und Sprünge zu bemerken sind, so wird er gerne nothwendige Ausbesserungen bewilligen und mit Befriedigung auf das noch immer stattliche und wohnliche Gebäude blicken. In der vorliegenden Arbeit versucht W. diejenigen seiner Lehren, die angefochten wurden, zu vertheidigen, nicht mehr Zutreffendes zurückzunehmen und zu modificiren. W. hat es nicht nöthig, viel zu modificiren, denn sein Lebenswerk steht unangetastet da. Wie er schon in seinen ersten Veröffentlichungen betonte, muss der Hydrotherapeut in erster Linie ein guter Physiolog sein. Dieses beweist er in seiner letzten Veröffentlichung, die nicht allein deswegen, sondern auch wegen der beigefügten, erschöpfenden Literaturangaben dem Fachmann bald ein unentbehrlicher Rathgeber sein wird.

W. Winternitz, *Missgriffe bei Wasserkuren.* (Berl. klin. Wchnschr. XLII. 15. 1905.)

Das Misstrauen, das vielfach in ärztlichen Kreisen der Wasserkur noch entgegengebracht wird, erklärt sich durch die Missgriffe und die dadurch verschuldeten Misserfolge. Zu einer guten Wasserkur gehört eine genaue Analyse der Abweichungen der Funktionen eines Organs von der Norm behufs Feststellung der Indikationen zur Ausgleichung der Störung, also gutes klinisches Wissen, ferner gehören dazu Kenntnisse der physiologischen Wirkungen des thermischen und mechanischen Reizes und endlich Kenntnisse der Technik dieses Heilverfahrens. Man fehlt bei fieberhaften Krankheiten häufig durch die Wahl zu niedriger Temperaturen. Nicht selten werden Missgriffe begangen, die ein Verkennen der Vorgänge der Wärmeregulation bedeuten. Ein Hauptfehler liegt darin, dass die nicht eingetauchten Körpertheile nicht entsprechend erwärmt werden. Endlich wird viel dadurch gefehlt, dass Proceduren, die sich in ihrer Wirkung gegenseitig stören, miteinander verbunden werden.

W. Winternitz, *Altes und Neues zur hydriatischen Technik.* (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 15. 1906.)

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXC. p. 1.

195080

Digitized by Google

W. beschreibt seinen Duschapparat Ombrophor, ferner den Psychrophor, endlich den Pneoklys von Gärtner und kommt dann auf die erregenden Umschläge in Form der Kreuzbinden und des Brustwickels, sowie auf den Mastdarmkühler von Azperger zu sprechen. Er meint, dass mit diesen Behelfen auch in den beschränkten Verhältnissen der Privatpraxis eine wirksame Hydrotherapie durchgeführt werden kann.

van Oordt, *Die Handhabung des Wasserheilverfahrens.* Ein Leitfaden für Aerzte und Badewartung. Berlin u. Wien 1906. Urban u. Schwarzenberg. 8. VIII u. 80 S. (2 Mk. 50 Pf.)

Das Werkchen soll den Arzt nicht Hydrotherapie lehren und auch nicht die lange und mühevolle, praktische Lehrzeit durch theoretische Bildung ersetzen, sondern es hat den Zweck, sowohl für Aerzte, als auch für Laien ein praktisches und kurzes Nachschlagebuch für die Handhabung der Wasseranwendungen zu sein und sie populär zu machen. Im Allgemeinen schliesst sich van Oordt an die Lehren der Winternitz-Schule an, bringt aber vielfach das Resultat eigener Erfahrungen. Dem Wesen des Werkchens entsprechend, bietet es keine grundlegenden Neuerungen, es erfüllt aber seinen Zweck vollauf.

L. Brieger, *Die neue hydrotherapeutische Anstalt der Universität Berlin.* (Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. X. 3. p. 133. 1906.)

Eine genaue Beschreibung der neueingerichteten Anstalt, die auch mit den übrigen üblichen Heilmitteln der physikalischen Therapie reich versehen ist.

J. Markuse, *Technik und Methodik der Hydro- und Thermotherapie.* Stuttgart 1907. Ferd. Enke. Gr. 8. 141 S. mit 62 Abbildungen im Text. (3 Mk. 60 Pf.)

M. hat es verstanden, die Lehren des Wasserheilverfahrens in anschaulicher Weise zu gruppiren und durch Illustrationen dem allgemeinen Verständnisse näher zu bringen. Er steht vollständig auf dem Stande der Winternitz-Schule, versäumt aber nicht bei gegebener Gelegenheit historische Reminiscenzen einfliessen zu lassen. Für einen Praktiker, der sich rasch in das Gebiet der Hydrotherapie einarbeiten will, ist das Werkchen zweifellos von grossem Werthe, dem Fachmann dagegen bietet es nichts Neues, was vom Autor wohl auch nicht beabsichtigt war.

Beni Buxbaum, *Compendium der physikalischen Therapie.* Leipzig 1906. Georg Thieme. Gr. 8. 462 S. mit 73 Abbildungen. (8 Mk.)

Ein neues Werk, das sich die Aufgabe gestellt hat, den praktischen Arzt in die Geheimnisse der physikalischen Therapie einzuweihen, das deshalb grosse Anerkennung verdient, aber gerade in den letzten Jahren zahlreiche Vorgänger gehabt hat. Beschrieben werden die Proceduren der Hydrotherapie, der Thermotherapie, der Elektrotherapie, der Massage und Gymnastik. Daran schliessen sich ein kurzer Auszug aus dem Gebiete der Bäderlehre und der Klimatotherapie und ein erschöpfendes Elaborat über die Röntgen- und die Phototherapie. Der specielle Theil enthält diejenigen Krankheiten, die durch die genannten therapeutischen Faktoren günstig beeinflusst werden. Das Buch ist knapp geschrieben, enthält aber auf seinen 462 Seiten alles Wissenswerthe, so dass thatsächlich der diesen Disciplinen ferner Stehende sich rasch und genügend orientiren kann. Die Illustrationen sind sehr anschaulich. Für den Fachmann bringt das Werk nichts Neues, das ist aber auch nicht in der Absicht B.'s gelegen.

A. Goldscheider, *Ueber die physiologischen Grundlagen der physikalischen Therapie.* (Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. X. 1906.) — Leipzig 1907. Georg Thieme. Gr. 8. 25 S. 1 Mk.)

Die verwickelten Beziehungen der physiologischen Einflüsse zum Krankheitbilde und Verlaufe kommen in der exakten Forschung eben so wenig zu Recht, wie die constitutionellen Bedingungen. Die individuelle Beobachtung des Kranken, die persönliche Erfahrung und der Blick des Praktikers müssen auch auf dem Gebiete der physikalischen Therapie da ergänzend eintreten, wo es an streng wissenschaftlichen Begründungen fehlt. Die Physiologie wird uns auch bei der physikalischen Therapie niemals ganz ausreichende Anhaltepunkte für die praktische Anwendung geben können. Vielmehr sind die Studien über die Einwirkung der genannten Procedluren beim Kranken zu vertiefen, die Reaktionen sind in ihrem zeitlichen Verlaufe noch eingehender zu registriren, die constitutionellen Faktoren und die Beziehungen zur Mechanik der natürlichen Heilprocesse zu analysiren.

Zahlreiche Arbeiten beschäftigen sich mit der Beschreibung der einzelnen Badeproceduren.

H. Determann, *Umschläge, Einwickelungen und Einpackungen.* (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 24. 1907.)

Wir unterscheiden kalte, warme und erregende Umschläge. Zu Kopfumschlägen nimmt man gewöhnlich eine Kappe, zu Umschlägen um den Hals, die Glieder und den Stamm mehr oder weniger breite Binden. Während die kalten Umschläge die Gefässe contrahiren, erweitern die heissen Umschläge sie. Zu unterscheiden von ihnen sind die feuchtwarmen Einpackungen. Wenn wir die erregenden Umschläge auf die ganze Haut ausdehnen, haben wir die Einpackung. In gewissen Fällen muss die kalte Einpackung 1—2mal und öfter wiederholt werden. Vor Beginn der Einpackung sollen die Partien warm sein. Die erste Einpackung sollte immer vom Arzte überwacht werden. Zur Vermeidung einer Congestion zum Kopfe wird dieser dauernd abgekühlt. Mitunter empfiehlt sich auch ein Kühlschlauch für das Herz.

W. Winternitz, *Die schottische Theilabreibung.* (Bl. f. klin. Hydrother. XVII. 9. 1907.)

Es ist mitunter sehr schwer, verwöhnte Patienten in das kalte Wasser zu bringen; man muss

wenigstens im Anfange der Behandlung davon Abstand nehmen, auch wenn die beste Indikation für die Anwendung kalten Wassers vorliegt. Es kommt aber auch vor, dass sich der Arzt nicht zum Gebrauche der Kälte entschliessen kann, wenn er sich auch sagen muss, dass er in ihr das beste Heilmittel hat. Endlich kommt der Hydropath in die Lage, sehen zu müssen, dass die gewünschte Reaktion ausbleibt, indem sich die Haut unter der Einwirkung der Kälte gar nicht oder nur sehr langsam röthet. Man kann alle Bedenken beseitigen, wenn man vor der kalten Abreibung eine solche mit Wasser von einer Temperatur von 40° C. applicirt und dann erst das kalte Wasser mit 8—10° wirken lässt. Diese von W. mit dem Namen: schettische Theilabreibung belegte Procedur gehört einerseits zu den scheuendsten, andererseits zu den wirksamsten Procedureu der Hydrotherapie und wird daher wohl in kurzer Zeit überall in Aufnahme kommen.

F. Grosse, *Das Dauerbad.* (Ztschr. f. diätet. u. physikal. Ther. IX. 7. p. 377. 1904.)

Die Temperaturen liegen zwischen 34.8° C. und 36.4°. Der Erste, der Dauerbäder gegeben zu haben scheint, war Hebra. Ihm folgte Riess, der ausgedehnte Versuche anstellte. Nach Baruch und Kellogg wirken die Bäder lediglich dadurch, dass sie Reizungen der Aussenwelt von der Haut fernhalten. Zuerst gebrauchte man die Dauerbäder bei Hautkrankheiten, namentlich bei schweren Verbrennungen. Wenn auch die durch die Verbrennung hervorgerufene Zersetzung des Blutes mit ihren Folgen durch das Bad nicht behoben wurde, so konnten die übrigen Erscheinungen günstig beeinflusst werden, namentlich die Schmerzen schwanden sehr schnell. Auch bei schwerem Druckbrande waren die Erfolge günstig. In zweiter Linie hat man das Dauerbad bei Nervenkrankheiten benutzt, namentlich bei Lähmungen, Krämpfen und hartnäckigen Nervenentzündungen. In letzter Zeit haben sich die Psychiater mit dem Dauerbade viel beschäftigt und haben gefunden, dass es bei Tobsuchterregungen fast sicher wirkt. Da es den grössten Theil der Zellen und Isolirzimmer entbehrlich macht, so ist in ihm eine Bereicherung der Hülfsmittel der Psychiatrie zu sehen. Des Weiteren hat man beginnende Entzündungen und Exsudate im Dauerbade mit Erfolg behandelt. Endlich verordnete man es bei akuten Infektionkrankheiten, namentlich beim Typhus, aber auch bei Masern, Scharlach, Rothlauf, sogar beim Tetanus. Gr. hat durch seine Untersuchungen gefunden, dass das Dauerbad das Centralnervensystem beruhigt, durch Ableitung des Blutes nach der Haut die inneren Organe entlastet, die Ernährungs- und Heilungsvorgänge in der Haut begünstigt, die Wärmeabgabe erhöht und den Stoffwechsel beschleunigt.

Küppers, *Heilwerth des Dauerbades.* (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 7. 1906.)

K. empfiehlt das Dauerbad, und zwar abwechselnd mit lauer Lufteinwirkung in bestimmten Zwischenzeiten bei Furunkulose, umfangreichen Verbrennungen, bei Typhus, Cholera und schweren Hautkrankheiten.

Küster, *Untersuchungen über ein bei Anwendung von Dauerbädern beobachtetes Ekzem.* (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 7. 1907.)

Das Ekzem tritt namentlich bei heruntergekommenen Patienten auf, die dem Dauerbade ausgesetzt werden. Anfänglich beschränkt es sich auf eine Röthung an der Innenfläche der Oberschenkel und in der Umgebung der Achselhöhle, bringt nur geringe subjektive Beschwerden und heilt nach Aufgabe der Bäder in einigen Tagen. Wenn aber die Bäder fortgesetzt werden, entwickelt sich ein universelles Ekzem, das unheilbar ist. Beim Herausnehmen aus dem Bade bilden sich in der Haut tiefe Schrunden, die so lebhaft schmerzen, dass man gezwungen ist, die Patienten in das Bad zurückzubringen. Bei der Untersuchung der ergriffenen Hautpartien findet man massenhafte Myceltäden mit spärlichen Querwänden, die in ihrem Innern helle Pünktchen, zuweilen kernartige Gebilde aufweisen, ausserdem Häufchen von hefeartigen Zellen.

G. S. Vinaj, *Einfluss der hydriatischen Procedure auf den Temperatursinn.* (Bl. f. klin. Hydrother. XVI. 9. 1907.)

Alle Wasserprocedureu erniedrigen die thermische Sensibilität unabhängig davon, ob sie die Muskelkraft erhöhen oder erniedrigen. Kalte Procedureu setzen die Körpertemperatur herab, warme erhöhen sie. Zwischen der Erhöhung und Erniedrigung der Körpertemperatur und zwischen der Herabsetzung der thermischen Sensibilität besteht kein Zusammenhang.

Schalle, *Die therapeutische Bedeutung der heissen Bäder.* (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 7. 1907.)

Sch. beruft sich auf die Mittheilungen von Bälz über den Gebrauch der heissen Bäder in Japan. Anfänglich hat die physiologische Wirkung dieser Bäder grosse Aehnlichkeit mit den kalten Bädern. Zu der Reizwirkung kommt nach kurzer Zeit die Wärmestauung mit ihren Folgen. Zuerst haben wir den Wärmeshock, der dem Kälteshock ähnlich ist; danu kommt die Reaktion in der Form von Pulssteigerung, Temperaturerhöhung und Schweissausbruch. Später stellen sich Athembeschwerden und Angstgefühle, sowie Brechreiz und Uebelkeit ein. Dann ist es Zeit, das Bad zu verlassen. Sch. empfiehlt die heissen Bäder bei Neuralgien, spinaler Neurasthenie mit Muskelschwäche, Meningitis cerebrospinalis, Pneumonie, namentlich im Kindesalter, Masern, Cholera, Rheumatismus und Dysmenorrhöe, endlich verordnet er sie bei Eklampsie und bei Nachtschweissen.

G. Hauffe, *Beiträge zur Kenntniss der Anwendung und Wirkung heisser Bäder, insbesondere heisser Theilbäder.* Berlin u. Wien 1906. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 110 S. mit zahlreichen Abbildungen. (2 Mk.)

Die Arbeit ff.'s stammt aus dem Kreiskrankenhause in *Lichterfelde*, und zwar aus der Zeit, in der Schweninger es noch leitete. Es werden an Stelle der heissen Vollbäder hauptsächlich heisse Theilbäder verwendet, in der Voraussetzung, dass man durch wechselnde Beeinflussung verschiedener Gefässgebiete des Körpers dieselbe Wirkung erreicht, wie in dem gleichtemperirten Vollbade, nur mit dem Unterschiede, dass erstere weniger irritiren wie letzteres, mit höheren Temperaturen gegeben werden können und weniger Gegenanzeigen haben. Als solche Theilprocedurен werden heisse Kopf-, Arm-, Fuss- und Sitzbäder gegeben, und zwar in Temperaturen, die von 36° C. durch Zugiessen heissen Wassers bis auf 48° C. erhöht werden. In allen Fällen wird Schweissausbruch erstrebt, bez. als nothwendig angesehen. Schweninger gab solche Theilbäder bei Herzkranken aller Art, sogar bei Apoplektikern und Arteriosklerotikern, ohne dass er unangenehme Folgeerscheinungen zu verzeichnen gehabt hätte. Eine Abkühlung nach dem Bade, sowie Maassnahmen gegen die Rückstauungen und Congestionen während der Procedur wurden nie angewendet. Die Untersuchungen H.'s, die sich auf Schweissbildung, Urinentleerung, Körpertemperatur, Athmung, Blutdruck und Pulsbeschaffenheit erstrecken und an einer Reihe von Pulscurven erläutert werden, bringen ein reiches Material zur Klärung der Frage der thermischen Einwirkung. Wenn sich auch gegen manche Schlüsse ff.'s ernste Bedenken erheben, so muss doch anerkannt werden, dass H.'s Ausführungen sich nicht in den ausgefahrenen Geleisen der hydropathischen Forschung bewegen und daher wohl geeignet sind, ihr neue Bahnen zu zeigen.

P. Hoffmann, *Wirkungen heisser und kalter Bäder, Duschen u. s. w. auf die Wärmeabgabe.* (35. schles. Bädertag. Reinerz 1907.)

Die Temperatur der peripherischen Körpertheile, in denen der Wärmeverlust die Wärmeproduktion erheblich übersteigt, hängt hauptsächlich ab von der Menge des Blutes, die in der Zeiteinheit hindurchströmt. Je mehr die Cirkulation beschleunigt ist, um so mehr muss die Temperatur der peripherischen Theile sich der Temperatur des Körperinnern nähern. Mit der Verminderung der Cirkulationgeschwindigkeit muss die Temperatur sinken und sich der Temperatur des umgebenden Medium nähern. Anders verhält es sich mit der Temperatur der inneren Körpertheile. Da diese Theile bei einer mehr oder weniger erheblichen Wärmeprofuktion nur dadurch einen Wärmeverlust erleiden, dass sie an das cirkulirende Blut Wärme abgeben, so folgt daraus, das cæteris paribus die Innentemperatur des Körpers sinkt mit der Beschleunigung der Cirkulation, und dass bei einer sehr beträchtlichen Herabsetzung der Cirkulationgeschwindigkeit die in diesen Theilen erzeugte Wärme sich anhäufen, die Temperatur steigen muss. Diese Erwägungen, deren Richtigkeit nicht bestritten werden kann, liefern den Schlüssel zur Erklärung der Thatsachen, die wir bei den Wasseranwendungen der verschiedensten Art zu beobachten Gelegenheit haben.

Mannigfache Einflüsse sind im Stande, die Körpertemperatur von ihrer gewöhnlichen Höhe abzulenken, besonders ist es uns möglich, durch Benutzung des Wassers in den verschiedenartigen Anwendungsformen mächtig auf den Wärmehaushalt einzuwirken. Der Effekt ist verschieden, je nach der angewandten Temperatur, der Dauer der Einwirkung und nach der mechanischen Form der Anwendung. Im Allgemeinen unterscheidet man bezüglich der Temperatur wärmesteigernde, wärmeherabsetzende, und dazwischenliegend, indifferente Temperaturen des Badewassers.

Eine Erhöhung der Körpertemperatur wird sich herbeiführen lassen, wenn es gelingt, entweder die Wärmeproduktion dauernd über die Wärmeabgabe zu erhöhen oder die Wärmeabgabe dauernd unter der Wärmeproduktion zu halten.

Durch Kälteeinwirkung von gewisser Dauer oder Intensität findet eine Herabsetzung der Körpertemperatur statt. Ist die Abkühlungsperiode vorüber, so tritt als sekundäre Nachwirkung nach kalten Bädern, nachdem der Körper sich bis zu seiner normalen Temperatur erwärmt hat, eine Steigerung der Körperwärme in allen Theilen auf. 5—8 Stunden nach dem Bade wird die Rectumtemperatur während der Dauer von 6—12 Stunden um etwa 0.2° C. höher gefunden, als die entsprechende Tagestemperatur.

So finden wir sowohl nach dem heissen, wie nach dem kalten Bade Schwankungen der Körpertemperatur im negativen, wie im positiven Sinne, bis die Mittelwerthe den Stand der Körperwärme wieder erreicht haben, der einem Jeden eigenthümlich ist.

Arthur Selig, *Das Verhalten der Arteriosklerotiker bei Schwitzprocedurен.* (Bl. f. klin. Hydrother. XVIf. 6. 1907.)

Bislang war die Ansicht verbreitet, dass Schwitzprocedurен bei Arteriosklerotikern nicht nur nicht angezeigt, sondern geradezu gefährlich seien. Man fürchtete eine Blutdrucksteigerung und in deren Gefolge eine Apoplexie. Die Untersuchungen S.'s haben ergeben, dass in 57 Fällen der Blutdruck sich 14mal wesentlich erniedrigte, 2mal unbeeinflusst blieb und nur 1mal eine Steigerung von 105 auf 120 erfuhr. Der Puls wurde in den meisten Fällen vermehrt, einige Male erniedrigt; die höchste Steigerung war 150 Schläge in der Minute. Arrhythmien traten nie ein. Die Respiration wurde im Allgemeinen nur wenig beeinflusst, einmal stieg freilich die Zahl der Athemzüge auf 60. Niemals ereignete sich ein unangenehmer Zwischenfall: Schwindel, Congestionen, Schwächezustände, Angst, die Kranken fühlten sich vielmehr nach den Bädern auffallend wohl, besonders wenn diese mit einer Kälteprocedur beendigt worden waren. S. unterscheidet

zweierlei Arten von Arteriosklerotikern: solche mit peripherisch erstarrten und unelastischen Gefässen und solche, bei denen die Verhärtung mehr die grossen Gefässe betrifft. Wenn für eine der 2 Arten der Arteriosklerose die Schwitzbäder bedenklich sind, so sind sie es für diejenigen Kranken, bei denen der Verlust der Elasticität die grossen Blutgefässe betrifft. Wir müssen also bei Leuten mit vorwiegender Aortitis vorsichtiger sein als bei peripherischer Atheromatose mit guter Herzkraft.

Hornung, *Die Elektro-Therapie der Kreislaufstörungen.* (Münchn. med. Wchnschr. LIII. 50. 1906.)

H. hat durch seine Untersuchungen gefunden, dass, während der faradische Strom und das sinusoidale Wechselstrombad bei Gesunden keinen Einfluss auf den Blutdruck ausübten, der Blutdruck bei uncomplicirter Herzmuskelschwäche um 10 mm stieg, wenn er vor dem Bade unternormal gewesen war. Er giebt den faradischen Strom mehr bei unterernährten und blutarmen Patienten mit etwas erhöhtem Blutdrucke, das Wechselstrombad nur bei kräftigen, nicht nervösen Patienten ohne Erhöhung des Blutdruckes.

B. Specielle Hydrotherapie.

L. Epstein, *Die Rolle der Hydrotherapie in der Psychiatrie.* (Orvosi Hetilap Nr. 35. 1905.)

E. giebt sowohl prolongirte Bäder, wie auch Einpackungen und hat besonders bei den Erregungzuständen der Tobsucht, ebenso der Paralyse und Epilepsie guten Erfolg gesehen. Bei der Melancholie nützen die Bäder nichts. Furunkulose und Hautkrankheiten hat er nicht beobachtet und schreibt deren Auftreten der Verunreinigung des Badewassers zu. Die Einpackungen betrachtet er als einen Ersatz der Bäder. Andere hydropathische Proceduren hat er nicht applicirt, nur Halbbäder mit Abgiessungen bei stuporösen Kranken, die aber ohne Erfolg waren.

J. Sadger, *Die Hydriatik der Psychosen.* (Centr.-Bl. f. Nervenkrankh. u. Psych. N. F. XVI. p. 853. Nov. 1905.)

S. versteht es in vorzüglicher Weise, seine speciellen Fachgenossen auf die Vortheile des Wasserheilverfahrens bei der Behandlung Geisteskranker aufmerksam zu machen. Vielfach hat bis vor nicht langer Zeit die ganze Hydriatik der Psychiater in der Verabreichung warmer Bäder bestanden. Durch die Einführung des permanenten Bades ist ein wesentlicher Fortschritt erzielt worden. Ebenso bedeutungsvoll ist die vermehrte Verwendung der Einpackungen. Wenn S. bei der Besprechung dieser Proceduren betreffs der Technik auf die Widersprüche in der psychiatrischen Literatur aufmerksam macht und das Studium hydropathischer Werke, in denen sich genaue Angaben befinden, empfiehlt, so scheint dieses nicht überflüssig zu sein. Auch die kalten Vollbäder wendet S. besonders beim Delirium an und kehrt zu den von früher her so berüchtigten kalten Duschen zurück. Für einzelne Formen geistiger Erkrankung giebt er bestimmte, hydrintische Recepte, die zweifellos den vollen Beifall der Fachmänner finden werden. S. verweist zum Schlusse seiner ganz vorzüglichen Arbeit auf die Klagen von Winternitz, der schon wiederholt sich missbilligend darüber ausgesprochen hat, dass man dem Hydrologen so gerne von nicht fachmännischer Seite hineinredet. Die Hydrotherapie ist in der Behandlung Geisteskranker noch viel zu wenig bekannt. Die Ausführungen S.'s mögen eine Wendung zum Besseren bringen, denn die Erfolge der Hydrotherapie sind auch für den Irrenarzt zweifellos überraschend, was bei der sonstigen relativen Unbeeinflussbarkeit der Geisteskrankheiten nicht unterschätzt werden darf.

W. Alter, *Die Hydrotherapie bei Geisteskrankheiten.* (Centr.-Bl. f. Nervenkrankh. u. Psych. N. F. XVII. p. 394. Mai 1906.)

Der Aufsatz Sadger's über die Hydriatik der Psychose veranlasste A. zu einer scharfen Entgegnung, die aber eigentlich eher eine Entschuldigung geworden ist. Er meint, die Irrenanstalten seien wegen Mangel an Personal genöthigt, ihren Heilapparat so einfach wie möglich zu gestalten. In den meisten Fällen sei die Wasserbehandlung überhaupt zu entbehren; unentbehrlich sei sie nur bei den Unruhigen. Auf das Eintreten der Reaktion sei kein Werth zu legen. Es ist zu begrüssen, dass in Psychiaterkreisen endlich einmal die Hydrotherapie zum Diskussiongegenstande gemacht worden ist, und es wäre nur zu wünschen, dass sich noch eine Reihe von Collegen zu dieser Frage eingehend äusserte.

Weil et Mongeot, *Action des bains hydro-électriques dans des diverses affections cardio-vasculaires.* (Bull. gén. de Thér. Mai 1906.)

Das sinusoidale, elektrische Bad vermehrt stets den arteriellen Blutdruck, dagegen wird der capilläre Blutdruck nicht regelmässig verändert. Durch das Bad zieht sich ein erweitertes Herz zusammen, jedoch ist diese Beobachtung nicht ganz sicher.

Strasser u. Blumenkranz, *Die Wirkung indifferenter und schweisstreibender Bäder bei Nephritis.* (Bl. f. klin. Hydrother. XVII. 5. 1907.)

Die Untersuchungen Str.'s u. Bl.'s haben ergeben, dass Schwitzbäder, die die Körpertemperatur nicht wesentlich und nicht für lange erhöhen, viel besser wirken, als intensiv wirkende Schweissproceduren, welche letztere von unangenehmen und nicht gleichgültigen Folgen begleitet sein können. Wenn auch forcirte Schwitzbäder mitunter eine Harnfluth bewirken und urämische Symptome beseitigen, so gehören solche Fälle doch zu den Ausnahmen, mit denen man nicht rechnen kann.

L. Brieger u. A. Laqueur, *Physiologische Therapie der Erkrankungen der Muskel und Gelenke.* Stuttgart 1906. Ferd. Enke. 8. 86 S.

Br. u. L. veröffentlichen ihre Erfahrungen aus der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität

Berlin. Sie behandeln den akuten und chronischen Muskelrheumatismus, den akuten und chronischen Gelenkrheumatismus und die selteneren Muskel- und Gelenkerkrankungen bis auf die Myositis ossificans und die nervöse Arthropathie. In eingehender Weise sind die thermischen Maassnahmen, die Stauungsbehandlung, die Massage und Mechanotherapie, die elektrische, die Radiotherapie und die Diäto- und Balneotherapie besprochen. Der in den genannten Disciplinen weniger erfahrene Therapeut wird zu seiner Verwunderung bei der Lektüre der Arbeit erkennen, welch' grosse Heilschätze ihm durch die genannten Disciplinen zur Verfügung gestellt werden.

A. Laqueur, *Die Anwendung der physikalischen Heilmethode in der Therapie des akuten Gelenkrheumatismus.* (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. II. 1906.)

L. empfiehlt in erster Linie, d. h. im akuten Stadium, die von Winternitz eingeführten Louguettenverbände. Wenn das Fieber nachgelassen hat, werden Vollbäder mit 35—38° C. gegeben. Sind Complikationen mit Herzklappenentzündungen vorhanden, so wird der kühle Herzschlauch angewandt. Bei restirenden Klappenentzündungen werden häufig gewechselte Stammpackungen und Theilwaschungen empfohlen.

S. Baruch, *Die Bäderbehandlung des typhösen Fiebers in der Privatpraxis.* (Bl. f. klin. Hydrother. XIIf. 1. 1905.)

Die Hauptaufgabe des behandelnden Arztes beim Typhus liegt darin, den Widerstand des Patienten gegen die lebengefährdende Toxämie zu erhöhen. Dieses gelingt am besten durch die Anwendung der kalten Bäder, die das Centralnerven- und das Gefässsystem kräftigen. Man beginnt mit milden Abwaschungen, Uebergiessungen, geht dann zu Bädern von 32° C. über und sinkt alle 4 Stunden mit der Temperatur, bis man die Brand'sche Temperatur erreicht hat.

G. Krönig, *Zur Wasserbehandlung des Typhus abdominalis.* (Med. Klinik ff. 36. 1905.)

Der Transport der Kranken in die Badewanne und aus dieser heraus, ist mit einer Anstrengung der Bauchpresse verbunden, weshalb es leicht zu einer Drucksteigerung in der Bauchhöhle und damit zu einer Blutung aus einem Darmgeschwüre kommen kann. Um diese Gefahr zu vermeiden, benutzt Kr. eine Vorrichtung, mit der man den Kranken ohne Transport in seinem Bette baden kann. Es wird nämlich in einem gewöhnlichen Bette unter dem Kranken eine Gummiunterlage angebracht, die ein geschlossenes Bassin bildet. In dieses Gummibassin wird das Wasser eingelassen und nach dem Bade durch Herunterklappen der Unterlage am Fussende entfernt. Hierauf wird die Gummiunterlage weggezogen und der Kranke in das darunter befindliche Leintuch gehüllt.

Adolf F. Ifecht, *Beobachtung über die Wirkung hydriatischer Proceduren bei masernkranken Kindern.* (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. Erg.-H. p. 240. 1907.)

Die Proceduren bestanden in Abreibungen und Packungen, ferner in kalten und kühlen Bädern, die mit Frottage wirksam gemacht wurden, so dass die Temperatur herunterging. Die Respiration sank ziemlich und nahm constant ab. Einige Male wurden bei schlecht genährten Kindern subnormale Temperaturen und Durchfälle beobachtet.

Raymond-Duchesne, *Ueber Duschen bei Leberkranken.* (Gaz. des Eaux 140. 1906.)

Sehr warme Fächer- oder Regenduschen werden in der Dauer bis zu 45 Sekunden auf die Lebergegend applicirt. Dadurch nimmt die Empfindlichkeit der Haut und reflektorisch die der Leber ab und nach einigen Sitzungen verringern sich auch die Schmerzen, die durch Kapseldehnung und Kolik verursacht worden sind. Später kann man zu kühleren und zuletzt zu kalten Duschen übergehen. Es werden alle congestiven und hypertrophischen Zustände der Leber, nervöse Koliken, chronischer Ikterus und Cholelithiasis günstig beeinflusst. Nicht angezeigt ist diese Behandlung bei der chronischen interstitiellen Hepatitis.

H. Paull, *Der sinusoidale Wechselstrom in der Gynäkologie.* (Ztschr. f. diätet. u. physik. Ther. IX. 8. p. 459. 1905.)

P. hat die Wechselstrombäder während einer 3wöchigen Kur, die er wegen seines vergrösserten Herzens in der Heilanstalt Schloss Marbach unternahm, am eigenen Leibe erprobt. Er fand, dass herzkranke Frauen während der Behandlung schon nach einigen Bädern eine deutliche Aenderung in der Menstruationthätigkeit erfahren. Die Blutung vermindert sich, selbst ausgesprochene Menorrhagien heilten im Verlaufe der Behandlung bei einigen Frauen vollständig aus. Indem P. den Wechselstrom in einer Sitzbadewanne applicirte, concentrirte er ihn auf das Becken. Er benutzte den einphasigen, aber auch den dreiphasigen Strom. Da er günstige Erfolge hatte, erweiterte er den Indikationenkreis, erzielte bei Lageveränderungen des Uterus und entzündlichen Beckenprocessen aller Art, vor Allem Abnahme der Schmerzen. Myomblutungen hörten in kurzer Zeit auf, chronische Para- und Perimetritis zeigten nach kurzer Behandlung fast stets Besserung des subjektiven Befindens. Bei Endometritis und Metritis wurde auch objektiv in einzelnen Fällen Heilung erzielt, in denen die sonstigen Heilmethoden versagt hatten. P. liess die Bäder täglich nehmen und passte die Stärke dem Empfinden der Patienten an.

II. Balneologie.

A. Allgemeine Balneologie.

C. Clar, *Vorlesungen über Balneologie*, gehalten an der Wiener Universität. Leipzig u. Wien 1907. Franz Deuticke. 8. Vfff u. 211 S. mit 38 Abbild. im Text u. 3 lithograph. Tafeln. (5 Mk.)

Die Studien von Cl., der im Jahre 1904 für die Wissenschaft zu früh starb, wurden durch Epstein der Oeffentlichkeit übergeben. In der Form von Vorlesungen bringt Cl. zuerst eine allgemeine

Uebersicht über die Bodenverhältnisse Mitteleuropas und charakterisirt dann die klimatologischen und hydrologischen Verhältnisse Mitteleuropas und des Mittelmeergebietes, dann beschreibt er die physiologischen des reinen Quellwassers und der Mineralquellen. Er schildert den Bau der Alpen und die Kurorte an der Wiener Thermallinie, dann die im Inneren der Ostalpen und des Salzkammergutes, die Grazer Bucht und das südsteirische Terrain, sowie die Kurorte Kroatiens. Mit der ihm eigenen Gründlichkeit beschreibt er in den späteren Vorlesungen die einzelnen Gebiete, auch die Inseln des Mittelmeeres und die an der nordafrikanischen Küste gelegenen klimatischen Orte. Ferner stellt er eine Reihe balneologischer und klimatologischer Indikationen auf und beweist auf Grund der wichtigsten Krankheiten die Bedeutung der Kurorte. Als Anhang bringt er die neuesten Forschungen über die Radioaktivität der Thermalwasser. Entsprechend den früheren Arbeiten Cl.'s liegt das Hauptgewicht seiner Ausführungen in der Untersuchung des Klimas und seiner Heilfaktoren. Aber auch die anderen Heilmittel der Kurorte sind nicht vergessen, so dass das Buch eine wirkliche Lücke in unserer Wissenschaft auszufüllen geeignet ist. Es verlangt freilich eingehendes Studium und wird demjenigen, der rasch darüber weg lesen will, wenig Freude machen.

F. Krause, *Beziehungen der Balneologie zur Chirurgie.* (Berl. klin. Wchnschr. XLII. 13. 14. 1906.)

Am häufigsten wird der Chirurg veranlasst, den Gebrauch von Thermalbädern zu verordnen. Demselben Zwecke dienen einfache und jodhaltige Soolbäder und die Moor- und Schlammbäder. Hier kommen in Betracht die nach Verstauchungen und Verrenkungen und Brüchen zurückbleibenden Steifigkeiten und Gliederschmerzen, ferner Entzündungen der Gelenke und chronische Eiterungen, Lähmungen und Neuralgien. Ferner werden die Bäder benutzt nach grossen Bauch- und Brustoperationen, um die auf Narbenbildung zurückzuführenden Beschwerden zu beseitigen. Das permanente Wasserbad wurde von Langenbeck in die Behandlung offener Wunden eingeführt. Es ist auch bei ausgedehnten Unterschenkelgeschwüren zur Bildung guter Granulationen geeignet und beeinflusst die meist vorhandene Contraktur der Wadenmuskulatur. Der Chirurg kann die Hydriatik in der Nachbehandlung vieler Kranker überhaupt nicht entbehren.

Edmund Friedrich, *Die Seereisen zu Heil- und Erholungszwecken, ihre Geschichte und Literatur.* Berlin 1906. Vogel u. Kreienbrink. 8. 325 S.

Der in der Bäderlehre wohlbekannte Verfasser bringt in seinem neuen Buche in einer fleissigen Sammelarbeit das gesammte Material über den Heilwerth der Seereisen, das er kritisch beleuchtet. Ausser der deutschen ist auch die französische und englische Literatur in ausgiebiger Weise benutzt. Fr. geht auf Quellen zurück, die von den modernen Thalasso-Therapeuten vergessen waren. Namentlich die Ausführungen über „schwimmende Sanatorien" sind von grosser Bedeutung, auch für Nichtärzte. Die Gegenanzeigen gegen Seereisen werden nicht vergessen, eben so wenig die Schädlichkeiten gewisser Klimata. Das Werk im Einzelnen zu besprechen, ist nicht durchführbar, weil es auf jeder Seite das Resultat ernster Studien bringt, es möge hier nur betont werden, dass es eine Bereicherung der einschlägigen Literatur darstellt.

A. v. Sass, *Erfahrungen über die Wirkung der Schlammbäder.* (Petersb. med. Wchnschr. N. F. XXII. 48. 1905.)

Während v. S. zu Anfang seiner Praxis den Schlammbädern sehr skeptisch gegenüberstand, gesteht er ihnen jetzt einen grossen therapeutischen Werth zu, wenn er auch noch keine befriedigende Erklärung für die Wirkungsweise geben kann. Gegenüber der Annahme, dass Herzkranke Schlammbäder nicht vertragen, hat er eine ungünstige Wirkung nie gefunden. Auch der Behauptung, dass durch Schlammbadkuren das Körpergewicht herabgesetzt werde, kann v. S. nicht beipflichten. Er hat vielmehr in 75% der Fälle eine Zunahme des Körpergewichts, und zwar bis zu 25 Pfund beobachtet. Nervöse Patienten lässt er nicht öfter als 3mal in der Woche baden, bei Exsudaten dagegen täglich. Die Temperatur des Bades schwankt zwischen 35 und 36° R. Als Indikationen zählt er auf: Scrofulose, Gicht, Gelenkrheumatismus chronischer Natur, Neuritis und Neuralgie, Beckenexsudate und Knochentuberkulose.

H. Arronet, *Ueber Schlammbäder und Radioaktivität.* (Petersb. med. Wchnschr. N. F. XXII. 42. 43. 1905.)

A. versteht unter Schlamm stets Seeschlamm. Dieser ist das Produkt einer Auslaugung des Meeresbodens vereint mit organischen Substanzen. Solche Schlammbäder finden sich an den Ufern des schwarzen Meeres, des kaspischen Meeres und in den Buchten der baltischen See mit den bekannten Badeorten Hapsal und Arensburg, auf welche beiden Badeorte A. besonders Bezug nimmt. In Arensburg wird dem Schlamm noch Salz in der Menge von 3—6 Pfund zugefügt. Die Temperatur schwankt zwischen 28 und 32° R. Die Dauer ist 15—30 Minuten. Eine Schlammkur umfasst 30 Bäder. Die neuesten Untersuchungen haben ergeben, dass der Schlamm auch radioaktiv ist. A. fasst seine Anschauungen über die Wirksamkeit der Schlammbäder dahin zusammen, dass ihnen eine gewisse, empirisch festgestellte Energie zukommt, die theoretisch nicht durch die chemischen, physikalischen oder durch die radioaktiven Eigenschaften der Bäder erklärt werden kann, dagegen spielen die radioaktiven Eigenschaften des Schlammes, ebenso wie die Temperatur, das specifische Gewicht und der Gehalt an Salzen eine Rolle, indem

diese zur Gesammtwirkung der Einzelmoneute ein neues Moment hinzufügen und dadurch die Gesammtwirkung erhöhen.

F. Kisch, *Zur physikalischen Wirkung der natürlichen kohlensauren Bäder.* (Prag. med. Wchnschr. XXX. 49. 50. 1905.)

K. untersuchte bei einer Temperatur von 32 bis 40° C. und einer Badedauer von 25 Minuten Puls, Respiration und Blutdruck gesunder Individuen im natürlichen Kohlensäurebade. Die kühleren Bäder bewirken im Allgemeinen Blutdrucksteigerung bis zu 20 mm. Puls und Respiration wurden stets verlangsamt. Bei Kohlensäurebädern von 35—39° war stets eine Blutdrucksteigerung zu merken. Puls meist verlangsamt, Respiration immer. Bei Bädern von 40° Blutdrucksteigerung, Beschleunigung des Pulses, Verminderung der Respiration.

F. Kisch, *Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäurebäder.* (Prag. med. Wchnschr. XXX. 49. 1905.)

K. benutzte zu seinen Versuchen die sehr kohlensäurereichen Marienbader Ferdinandsbäder in einer Temperatur von 26—32° R. Er experimentirte nur mit Gesunden. Der Blutdruck blieb in einem Falle in den ersten 10 Minuten unverändert und sank dann um 5 mm. Bei einem 2. Versuche stieg der Blutdruck im Laufe von 20 Minuten um 20 mm. Beim 3. Bade folgte wiederum eine Erhöhung um 20 mm. Pulsfrequenz und Respirationzahl verminderten sich in allen Fällen um ein Geringes. Die Körpertemperatur wurde nicht wesentlich beeinflusst. Dieses gilt von den kühleren Bädern. Bei den wärmeren Bädern war gleichfalls eine Blutdruckerhöhung im Maximum von 20 mm nachzuweisen.

Adolf Stark, *Ein Versuch zur Erklärung der mechanischen Moorbadwirkungen auf Grund systematischer Untersuchungen der physikalischen und thermischen Eigenschaften des Mineralmoores und der daraus hergestellten Bäder.* (Wien med. Presse XLVII. 45—49. 1906.)

Die Untersuchungen St.'s wurden mit Marienbader Mineralmoor angestellt und betreffen sowohl die lufttrockene Moorerde, wie die daraus hergestellten Bäder. St. kommt zu dem Schlusse, dass die Wirkung zum grossen Theile auf dem Reibungswiderstande zwischen dem bewegten Körpertheile und dem Moorbadbrei besteht. Dieser zwingt den Patienten bei jeder Bewegung Arbeit zu leisten; durch Reibung entsteht Wärmestauung in der äusseren Haut, wodurch der Stoffwechsel kräftig angeregt wird. Da jedes Moorbad eine grosse körperliche Anstrengung verlangt, so ist es bei allen Krankheiten verboten, die körperliche Schonung erforderlich machen.

A. Eulenburg, *Die Balneotherapie in der Nervenheilkunde.* (Berl. klin. Wchnschr. XLII. 20. 1905.)

E. unterscheidet organische und funktionelle Nervenkrankheiten und empfiehlt für erstere die gebräuchlichen Kaltwasserkuren, die kohlensäurereichen Thermalbäder und Schwefelbäder, wobei er darauf hinweist, dass die Aerzte der genannten Kurorte durch den Zufluss der in Frage kommenden Kranken mit allen Einzelheiten solcher Krankheitzustände auf's Beste vertraut sind. Bei den funktionellen Nervenkrankheiten spielt das Klima einen Hauptfaktor. Aber auch der Arzt hat durch eventuelle suggestive Talente einen grossen Wirkungskreis. Was das Klima betrifft, so ist in der Wahl grosse Vorsicht geboten, nicht nur wegen der Höhenlage, sondern auch wegen der Ausnützung des Höhenaufenthaltes für Wanderungen und touristische Zwecke und für den neuerdings mehr in Aufnahme kommenden Sport. Wie es Individuen giebt, die sich im Hochgebirge schlechter fühlen, so giebt es auch solche, die das Seeklima nicht vertragen. Zum Schlusse weist E. auf die Seereisen hin und auf die Sanatoriumbehandlung funktioneller Nervenkranker, die er den sonst üblichen Sommerfrischen weit vorzieht.

P. Mayer, *Klimatotherapie und Balneotherapie unter Zugrundelegung des gleichnamigen englischen Werkes von Sir Hermann Weber und Dr. F. P. Weber.* Berlin 1907. S. Karger. Gr. 8. 360 S. (7 Mk. 40 Pf.)

Das Buch ist dadurch entstanden, dass die beiden genannten englischen Autoren es dem Herausgeber nahegelegt haben, ihr Werk in's Deutsche zu übertragen. Bei der Bearbeitung aber hat sich herausgestellt, dass vieles gekürzt und manches ausführlicher behandelt werden musste. Die Hydrotherapie und Diätetik wurde ganz weggelassen, so dass nur die Balneotherapie und die Klimatotherapie übrig geblieben sind. Im ersten Theile des Buches werden die allgemeine Klimatologie, der Charakter der einzelnen Klimate und die klimatischen Kurorte besprochen. Der zweite Theil bringt die Balneotherapie, wobei sich M. auf die neuesten Forschungen der physikalischen Chemie bezieht. Bei der Beschreibung der einzelnen Kurorte hat er sich sehr kurz gefasst, indem er von dem richtigen Gedanken ausging, dass ein wissenschaftliches Werk kein Bäderalmanach sein soll. Der dritte Theil enthält die Indikationen für die verschiedenen Krankheiten. Die Literatur ist ausführlich angegeben, so dass das Werk nicht nur zum Nachschlagen und raschen Orientiren, sondern auch für wissenschaftliche Arbeiten wohl geeignet erscheint.

Erich Ebstein, *Sanatorien und Bäderwesen.* (Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XI. 2. p. 85. 1907.)

Die Sanatorien sind nichts Anderes als vornehme Krankenhäuser. Dauerheilungen sind bei weiter vorgeschrittenen Krankheiten nicht zu erzielen, auch nicht in den Sanatorien, wenn sie auch auf's Beste eingerichtet sind und von den besten Aerzten geleitet werden. Die Heilungsmöglichkeit bei jeder Krankheit steht im umgekehrten Verhältnisse zu ihrer Entwickelungsphase. Der eigentliche

Kern der Sanatoriumbehandlung ist die physikalische Therapie. Während der Schwerkranke sich leicht entschliesst, in ein Sanatorium einzutreten, ist der halb oder fast ganz Gesunde nur schwer dazu zu bringen, die physikalischen Heilfaktoren sich in einem Milieu dienstbar zu machen, das, wenn auch nur entfernt, an ein Krankenhaus erinnert. Die leicht Erkrankten bieten für die Sanatorien die besten Heilungsaussichten, weshalb die Leiter der Sanatorien ihre Hauptaufgabe in der Verpflegung fast Gesunder sehen und Patienten mit weiter vorgeschrittenen Leiden lieber abweisen. Wohin mit diesen Aermsten, wenn es sich erst zur undurchbrechbaren Regel ausgebildet hat, sie principiell von den Sanatorien zu Gunsten der leichten Fälle auszuschliessen? Das Monopol der Sanatorien in dieser Hinsicht muss durchbrochen werden. Als erster Schritt auf diesem Wege kommt Reorganisation des Sanatorien- und Bäderwesens in Betracht. Unser Bäderwesen steht nicht auf der Höhe. Man kann es direkt als ein nicht sociales bezeichnen. Die grössten Gegensätze platzen in den Bädern unmittelbar aufeinander. Der Protz ist im Bade noch protzenhafter, der Arme noch verschüchterter. Darauf ist es zurückzuführen, dass die Erfolge der Badekuren, trotz des Hochstandes der Balneologie, noch recht bescheidene sind. Es müssen Einrichtungen angestrebt werden, die jedem Badegaste, ohne Rücksicht auf seine Mittel zur Verfügung stehen. Jeder Badeort sollte ein öffentliches Luft- und Lichtbad für Männer und Frauen einrichten. Gymnastische Unterweisungen sollten eine öffentliche Institution in allen Badeorten werden. E. denkt sich die Reorganisation in der Form der Gymnasien des Alterthums. Die Gymnasten sollen dem ärztlichen Stande angehören, wobei für die Frauen Aerztinnen in Frage kämen. Die Reorganisation des Bäderwesens würde vielleicht den Untergang der sogen. Naturheilanstalten, die dann keine Berechtigung mehr haben, nach sich ziehen. In seinem jetzigen Zustande ist es nahe daran, eine sociale Gefahr zu werden. Wenn es sich Reformen zugänglich erweist, kann es eine culturelle Bedeutung gewinnen und die Wiege eines neuen und starken Geschlechts werden.

J. Glax, *Balneotherapie*. Stuttgart 1906. Ferd. Enke. 8. 98 S.

In bekannter einwandfreier Weise bringt Gl. in seinem Buche die Lehren der physiologischen Wirkung bei innerer und äusserer Anwendung. Dann im 2. Theile die therapeutische Verwendung der Mineralquellen, deren Beschaffenheit kurz skizzirt wird, der Seebäder und endlich der Moor- und Schlammbäder. Er schliesst mit einem vorzüglichen Literaturverzeichnisse, das so zuverlässig ist, dass es selbst für literarische Arbeiten benutzt werden kann.

G. Hühnerfauth, *Trink- und Badekuren zu Hause*. Ein Nachschlagbuch für Aerzte. Leipzig 1906. Georg Thieme. 149 S.

Wie in einem Receptbuche soll sich der Arzt über die Art der zu verordnenden Quellen, ihre Indikationen, Anwendung und Preise rasch orientiren können. Die Frage der Radioaktivität ist übergangen, weil sie noch nicht geklärt ist. Die Angaben beruhen auf Mittheilungen der Kurorte. Die Eintheilung des Buches ist so getroffen, dass alphabetisch die einzelnen Kurorte genannt sind, dann folgt die chemische Beschaffenheit ihrer Quellen und schliesslich die Form der Anwendung. Dass die Höhenlage nicht angegeben ist, wird vermisst. Uebrigens entspricht das Buch keinem Bedürfnisse, weil es die weit ausführlicheren Bädernlmanache von Mosse nicht ersetzt.

K. Zörkendörfer, *Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Sulphatquellen*. (Ztschr. f. Heilkde. XXVII. 5. 1907.)

Seeger schliesst aus der von ihm gefundenen Verminderung der Harnstoffausscheidung, dass die Schwefelsäureausscheidung mit der des Harnstoffes parallel geht, und nimmt hypothetisch an, dass die gesammten, eingeführten Schwefelsäuremengen im Harne ausgeschieden werden, die Differenz zwischen der gesammten Schwefelsäure im Harne und der Schwefelsäurezufuhr der aus der Ernährung gebildeten Schwefelsäure entspräche, woraus er ein Minus an Schwefelsäureausscheidung berechnet. Auf Grund seiner Untersuchungen hält Z. diese Annahmen für nicht bewiesen.

Schnütgen, *Ueber Sarason'sche Ozetbäder*. (Ther. d. Gegenw. N. F. IX. 4. p. 160. 1907.)

Diese werden so hergestellt, dass in einer beliebigen Badewanne dem einfachen Badewasser nacheinander 300 g Natrinmperborat und 30 g Manganborat zugesetzt werden. Die beiden Pulver müssen möglichst gleichmässig über die ganze Oberfläche des Wassers vertheilt werden. Nach 1—2 Minuten entwickelt sich reichlich freies aktives Sauerstoffgas in Form kleinster Bläschen. Die Sauerstoffentwickelung ist bei gleicher Vertheilung eine vollkommen gleichmässige, so dass das Badewasser zunächst eine milchige Färbung annimmt, die alsdann einer dunkelbraunen weicht, die durch Umwandlung des Manganborates in Mangansuperoxyd entsteht. Die Gasentwickelung bält 15—20 Minuten an. Während des Bades setzen sich schwarzbraune Mangansuperoxydpartikelchen an der Haut des Badenden fest, die sich durch einfaches Abstreifen entfernen lassen, ebenso bleibt auf dem Boden der Badewanne nach dem Ablassen des Badewassers eine schlammige Masse zurück, die sich leicht entfernen lässt. Die Wirkung der Bäder ist im Allgemeinen die der Kohlensäurebäder, nur dass deren unangenehme Nebenwirkung (Inhalation der Kohlensäure) vermieden wird. Der allgemeinen Anwendung der Ozetbäder steht bisher ihr hoher Preis entgegen, so dass sie nur in der guten Praxis verordnet werden können; doch steht zu hoffen, dass in absehbarer Zeit die Chemikalien verbilligt werden.

B. Balneographie.

Vissering, *Die medicinische Bedeutung des Seebades Norderney*. Verfasst im Auftrage der Kgl. Regierung in Aurich. Berlin 1906. Kaiser Friedrich-Haus. 8. 61 S.

V. bringt eine vorzüglich geschriebene Arbeit, in der er in erster Linie die Heilfaktoren des Klimas von Norderney auseinandersetzt, dann bespricht er die Wirkung des

Seebades und giebt schliesslich einen kurzen historischen Rückblick auf die Entwickelung des bekannten Seebades, um am Schlusse die hygieinischen Einrichtungen Norderneys zu beschreiben und dessen Indikationen aufzuzählen.

Bad Mergentheim. Herausgegeben von der Badedirektion. (Stuttgart 1906. W. Kohlhammer.)

Eine Reihe von Fachgelehrten hat sich zusammengefunden, um „die Perle des Tauberthales" zu beschreiben. Den geologischen Theil hat E. Fraas, den chemischen H. Fresenius, den medicinischen R Schwarz und den historischen F. Freiherr v. Gaisberg-Schöckingen übernommen. Ihnen schliesst sich K. Fuchs mit einer Beschreibung Mergentheims und seiner Umgebung an. Den Autoren ist es gelungen, einen vornehmen Bäderführer herauszugeben, der sich nicht nur durch seinen gediegenen Inhalt, sondern auch durch die zahlreichen, wohlgelungenen Illustrationen auszeichnet.

O. Liebreich, *Ueber den Lamscheider Stahlbrunnen.* (Therap. Monatsh. XX. 4. p. 167. 1906.)

Der Gehalt des Lamscheider Eisenwassers an Eisenbicarbonat beträgt im Liter 0.7. Es gehört also zu den stärkeren Eisenwässern. Der unangenehme, zusammenziehende Geschmack wird durch die vorhandene Kohlensäure fast ganz verdeckt. Die Indikationen sind die gleichen wie bei den übrigen Stahlwässern, bei denen L. besonders warnt, sie bei der Tuberkulose anzuwenden, wenn der Kranke zu Blutungen neigt.

Ebstein, *Eisenach, seine Heilfaktoren und seine medizinische Bedeutung.* Jena 1906. Gustav Fischer. Gr. 8. IX u. 104 S. (1 Mk. 80 Pf.)

Eisenach ist im Begriffe, ein Badeort zu werden. Zu den Vorzügen des Klimas gesellt sich eine nicht zu unterschätzende Quelle. Diese, Grossherzogin Karolinenquelle genannt, ist als eine sulphatische Kochsalzquelle aufzufassen und kann äusserlich in Form von Bädern und innerlich zu Trinkkuren benutzt werden. Unter Eisenachs Indikationen rechnet E. die akuten und chronischen Entzündungen der Mundhöhle, des Rachens, des Magens und des Darmes, ferner Gallensteinkolik, Leberanschwellung, Erkrankungen der Nieren und der Blase, ferner Gicht, Fettsucht, Zuckerkrankheit, Tuberkulose und Rhachitis.

Scherf, *Einiges über Bad Orb.* (Therap. Monatsh. XX. 7. 1906.)

Orb gehört zu denjenigen Badeorten, die in den letzten Jahren einen ungeahnten Aufschwung erfahren haben. Orb hat zwei kohlensäurereiche Soolquellen, die Phillipp- und die Ludwigquelle. Es liegt 200 m über dem Meere und hat vorzügliche Einrichtungen für die Behandlung von Herzkranken. Wenn überhaupt in den letzten Jahren Nauheim von vielen neuerstandenen Herzbädern scharfe Conkurrenz erfuhr, so wird ihm solche auch von Orb gemacht. Die moderne Herzbehandlung recurrirt auf die kohlensäurereichen Quellen. Die Heilerfolge geben der modernen Richtung vollständig recht.

K. Hugel, *Das Sool- und Thermalbad Münster am Stein und seine Bedeutung für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.* Würzburg 1907. A. Stuber's Verl. (Curt Kabitzsch). 8. 28 S. mit Curven. (80 Pf.)

Die Soole in Münster wird zu Bädern und zur lokalen Behandlung (Gurgelungen, Nasenduschen und Compressen) benutzt. Seit 13 Jahren verwendet H. das Thermalwasser auch zur kataphorischen Behandlung. In zahlreichen Fällen von chronischen Katarrhen der Nase und des Rachens wurden gute Resultate erzielt, besonders bei der hypertrophischen Form. Der Effekt bestand gewöhnlich in gesunder und reichlicher Absonderung der Schleimhäute, sowie in rascher Abschwellung der hypertrophischen Partien. Bei atrophischer Form wurden schwächere, bei hypertrophischer Form stärkere Ströme benutzt. Als Indikationen für Münster stellt H. auf: alle Katarrhe der Schleimhäute, der Nase, des Rachens, der Ohren und des Kehlkopfes, Hörstörungen in Folge entzündlicher Erkrankungen der Gehörorgane, gutartige Neubildungen in Nase und Rachen, Drüsenschwellung, Scrofulose und Lues, Ekzeme, Lupus, Akne.

A. Epstein, *Ueber die Indikationen Franzensbads auf das Kindesalter.* (Prag. med. Wchnschr. XXVIII. 27. 1903.)

Es wurde häufig beobachtet, dass kranke Damen, denen eine Kur in Franzensbad verordnet war, ihre erholungsbedürftigen Kinder zur Begleitung mitnahmen und für diese überraschende Erfolge erzielten. Neben den Trinkquellen werden für manche Krankheiten der Kinder die Stahlbäder, die Moorerde und die Kohlensäurebäder verwendet. Ein weiterer Vorzug ist das anregende Mittelgebirgsklima. Der Mangel an Wald gilt für Kinder geradezu als ein Vortheil, weil sie Sonne und Wärme in vollstem Maasse brauchen. Durch die Nähe von Eger ist manchem rückständigen Schulkinde der Nachhilfeunterricht ermöglicht. Unter den in Frage kommenden Krankheiten nennt E. in erster Linie die Anämie und die davon abhängigen Neurosen, ferner die Rhachitis, die Scrofulose und die verschiedenen Herzveränderungen, die sich im Verlaufe der Blutarmuth entwickeln oder an überstandene Infektionkrankheiten anschliessen. E. schliesst mit der Behauptung, dass Franzensbad nicht nur ein Frauenbad ist, sondern auch alle Eigenschaften hat, um ein besuchtes Kinderbad zu werden.

Ödön Tuszkai, *Ueber die Wirkungen der Marienbader Moorbäder.* (Ungar. med. Presse XVIII. 13. 1906.)

Das protrahirte mitteldicke Moorbad von 39° C. ist ein mächtiges Stimulans, das ohne Schädigung des Körpers und ohne Störung der Funktionen den Stoffwechsel dauernd erregt und damit wahrscheinlich die Resorption entzündlicher Massen bewirkt und die Regeneration befördert. Es regt die Blutbildung an und findet daher bei verschiedenen Formen der Blutarmuth Verwendung. Es vermindert ferner die Acidität des Urins und vermehrt die Chloridausscheidung durch die Nieren. Es ist einer der werthvollsten Schätze der Thermotherapie, bei der die physikalischen Faktoren die Hauptrolle spielen.

Ludwig, Panzer und Zdarek, *Ueber die St. Rupertus-Quelle in Bad Abtenau (Herzogthum Salzburg).* (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 44. 1905.)

Die Quelle enthält in 1000 Theilen:

doppeltkohlensaures	Magnesium	0.3431
„	Eisen . .	0.0045
„	Mangan .	0.0012
schwefelsaures	Kali	0.0640
„	Natrium . . .	3.3651
Chlornatrium	. . . . .	2.6426
Chlorcalcium	. . . . .	2.2279
Chlormagnesium	. . . . .	0.3701

Loebisch hat die Quelle als eine Kochsalztrinkquelle und zugleich als eine leichte Bitterquelle bezeichnet, die wegen ihres Gehaltes an kohlensaurem Eisen eine nach ihrer chemischen Zusammensetzung sehr seltene und therapeutisch wirksame Quelle ist.

H. Leetscher, *Schweizer Reisen- und Kur-Almanach.*

Das Werk liegt in der 14. Auflage vor. Als Neuheit gegenüber den früheren Auflagen ist die Aufnahme der Ionentheorie und ihre Bedeutung für die physiologische Wirkung der Mineralwässer zu verzeichnen, ferner ist der lebhaften Strömung der Neuzeit zu Gunsten der klimatischen Winterkuren und des Wintersportes gebührend Rechnung getragen. Im Uebrigen steht das Buch auf der bekannten Höhe.

Digitized by Google

Simmorsbach, *Ueber das Vorkommen von Mineralwässern und Thermalquellen in Tunis.* (Therap. Monatsh. XX. 8. p. 379. 1906.)

Die französische Colonie von Tunis besitzt eine Reihe von Mineralwässern, die schon den alten Römern bekannt waren, aber längst in Vergessenheit gerathen sind. Die meisten sind Thermen von ansehnlichem Chlornatriumgehalt. Auf Grund ihrer chemischen und physikalischen Eigenschaften lassen sich verschiedene dieser Quellen mit denen von Bourbonle, Mont-Dore, Bourbonne-les-Bains, Bourbonne-l'Archambault, Balaruc, Aix-les-Bains vergleichen. Die einzige Quelle, die eine weniger hohe Temperatur hat, gleicht in ihrer chemischen Zusammensetzung dem Wasser von Saint-Glamier. Es ist erfreulich, dass in den letzten Jahren sich eine Gesellschaft gebildet hat, die die balneologischen Reichthümer von Tunis erschliessen und die alten aus der Römerzeit stammenden Bäder reconstruiren will.

C. Balneotherapie.

S. Altmann, *Die lokale Behandlung der Prostatahypertrophie mit den radioaktiven Thermen zu Gastein.* (Wien. klin. Wchnschr. XVIII. 49. 1905.)

Als Resumé ergiebt sich: „Dass die lokale Applikation des radioaktiven Thermalwassers in Gastein bei Prostatahypertrophie, durch Depletion, Atrophisirung der drüsigen Elemente und durch Tonussteigerung eine fast durchwegs zu beobachtende Volumenverminderung des Organs hervorruft. Der Tonus der nicht allzu paretischen Blase hebt sich, entzündliche Vorgänge in ihr werden auch durch die baktericide Eigenschaft des Thermalwassers gebessert oder behoben. Durch die radioaktive Analgesirung werden die subjektiven Sensationen und Schmerzen zum Schwinden gebracht. Die anatomische Besserung deckt sich nicht immer mit der funktionellen Besserung, die in Wiederherstellung ganz normaler Urinverhältnisse, bez. Verminderung der Residua, Steigerung der Harnpausen und der spontan entleerten Harnquanta besteht. Unter ganz bestimmten Umständen kann die funktionelle Besserung, trotz eingetretener anatomischer Effekte, ausbleiben."

Kablé, *Scrofulose und Soolbad.* (Therap. Monatsh. XVIII. 4. p. 196. 1904.)

Bei einer so chronisch verlaufenden Krankheit, wie es die Scrofulose ist, genügen die üblichen 4 Kurwochen nicht zur Erzielung eines greifbaren Resultates. Es ist vielmehr nothwendig, besonders bei älteren und schwereren Formen, dass die Kur auf 6—8 Wochen ausgedehnt wird. Bäder und Brunnenkuren werden individuell verschieden verordnet. Je nach der Constitution setzt K. dem Soolbade zur Verstärkung der Reaktion Kreuznacher Mutterlauge zu und lässt 3—5mal in der Woche baden. Bei der torpiden Form wird dreister vorgegangen, wie bei der erethischen, bei welcher letzteren mitunter eine solche Empfindlichkeit vorhanden ist, dass man sich mit Salzwasserabwaschungen begnügen muss. Dem Bade folgt eine Ruhe von mindestens einer Stunde.

Schücking, *Die Combination von Soolbad und Stahlkuren bei anämischen scrofulösen Kindern.* (Arch. f. Kinderhkde. XXXVIII. 3 u. 4, 1905.)

Weil scrofulöse Kinder fast stets blutarm sind, verbindet Sch. die Soolbadekuren mit der Darreichung von Stahlwasser. Er liess jeden 2. Tag ein Soolbad von 3.2% geben und täglich 2mal einen Viertelliter Stahlbrunnen trinken. Dabei nahmen die Patienten durchschnittlich $3^1/_2$ Pfund zu, der Hämoglobingehalt erhöhte sich. Inwieweit die reichlichere Ernährung an dieser Besserung schuld war, ist nicht angegeben.

V. Klimek, *Die Scrofulose und deren Behandlung. Mit besonderer Berücksichtigung der Jod-Soolbädertherapie.* (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 16. 1906.)

Die Scrofulose ist eine ganz bestimmte Gruppe, hauptsächlich in den Jugendjahren auftretender Erkrankungen, die sich vornehmlich, wenn auch nicht specifisch, in den Lymphdrüsen lokalisiren und den gemeinsamen Charakter der Hartnäckigkeit an sich tragen. Es giebt eine tuberkulöse, eine nicht tuberkulöse und eine Mischform. Als Maassnahme dagegen empfiehlt Kl. eine Besserung der hygienischen und socialen Verhältnisse der mit Scrofulose behafteten Familien. Die bakterientödtende Kraft der Sonne, der günstige Einfluss einer reinen, keimfreien Luft, die Reinlichkeit des Kindes und seiner Umgebung sind Hauptwaffen im Kampfe gegen die Scrofulose. Als klimatische Kurorte wähle man entweder milde Lagen von mittlerer Höhe oder Seebäder, in denen als Hauptfaktor nicht allein das Klima, sondern das Seebad selbst in Frage kommt. Mit Seebädern conkurriren an Werth die Soolbäder des Binnenlandes, die wir in einer Temperatur von 24—30° R. geben. Bei zunehmender Concentration kann sich die Temperatur des Bades innerhalb dieser Grenze erniedrigen. In den meisten Kurorten wird das Wasser auch zur Trinkkur verwendet, wenn auch einzelne Aerzte sich davon wenig oder keinen Erfolg versprechen.

Axel Wiuckler, *Ueber den deformirenden chronischen Gelenkrheumatismus und die Neundorfer Kur.* (Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. X. 12. p. 709. 1907.)

W. hält den chronischen Gelenkrheumatismus für die älteste Krankheit des Menschengeschlechtes. Die feuchte Kälte war und ist die Ursache des chronischen Gelenkrheumatismus, nicht nur bei den Menschen, sondern auch bei den Thieren. Den Höhlenbären wurde der Aufenthalt in den nassen und kalten Höhlen ebenso schädlich wie den Höhlenmenschen. Diese Höhlengicht hat schon Virchow in den zahlreichen Knochen seines Museums erkannt. Der chronisch deformirende Rheumatismus ist eine Wohnungskrankheit. Die Be-

mühungen der Bakteriologen, Spaltpilze als Erreger der Krankheit ausfindig zu machen, haben kein greifbares Resultat ergeben. Die Krankheit befällt meist unterernährte Menschen, die in feuchten und kalten Häusern wohnen und sich in vorgeschrittenen Jahren befinden. Die Ansicht derjenigen Autoren, die die Krankheit als eine reine Trophoneurose betrachten und in den Vorderhörnern des Rückenmarkes suchen, hält W. nicht für stichhaltig. Pathologisch-anatomisch unterscheidet er 3 Stadien der Krankheit: das erste ist eine zottenbildende Synovitis, dann kommt eine Desorganisation der Gelenkknorpel, an die sich endlich eine Verunstaltung der Knochenenden selbst anschliesst. In seltenen Fällen werden die Gelenke der Wirbelsäule und die beiden Hüftgelenke betroffen, meist leiden nur die Gelenke der Glieder Schaden. Die Behandlung ist nach Ansicht der meisten Kliniker hoffnungslos. Der viel gebrauchte Leberthran hebt nur die Ernährung. Das einzige, was ersichtlichen Nutzen bringen kann, ist die Kur in einem Schlamm- oder Moorbade, das W. in einer Temperatur bis zu 42° C. und in einer Ausdehnung von 25 Minuten verordnet. 20 Schlammbäder umfassen eine Kurperiode. Mitunter stellen sich reaktive Schmerzen ein, die aber nicht tragisch aufzufassen sind. Mässige Besserung hatte W. bei 23% seiner Kranken, bedeutende Besserung bei 39% und Stillstand des Krankheitprocesses bei 21%.

G. Spiess, *Die Balneotherapie bei den Erkrankungen der Luftwege.* (Berl. klin. Wchnschr. XLII. 22. 23. 1905.)

Die Balneotherapie bei den Erkrankungen der Luftwege umfasst nicht allein die Heilfaktoren, die uns die Natur in den Quellen, in der Gebirgs- und Seeluft bietet, sondern auch die von Menschen erfundenen, durch wissenschaftliche Forschungen begründeten Heilverfahren. Hierzu sind die Bewegungs- und Terrainkuren, die Lungengymnastik, die Inhalationkuren und die verschiedenen Methoden zu rechnen, bei denen die natürlichen Wässer innerlich und äusserlich zur Anwendung gelangen. Sp. theilt die geeigneten Krankheiten in 4 Gruppen: Subakute und subchronische Katarrhe, Erkrankungen der Luftwege als Begleiterscheinungen constitutioneller Erkrankungen, ferner diejenigen Fälle, die auf Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie zurückzuführen sind, und endlich solche Fälle, in denen es nothwendig ist, den Körper durch eine geeignete Kur vor Krankheiten zu schützen, also eine bestehende Disposition zu Krankheiten zu beseitigen. Bei den einzelnen Gruppen führt Sp. genau an, welche balneologischen Maassnahmen zur Beseitigung am geeignetsten sind.

K. Colombo, *Ueber den Mechanismus der Wirkung des Fiuggiwassers in der harnsauren Diathese.* (Bl. f. klin. Hydrother. XVI. 2. 1906.)

Das Wasser gehört zu den schwach mineralischen Quellen, die bisher zu den sogen. indifferenten gerechnet wurden, weil ihre therapeutische Kraft nicht im Verhältnisse zu der Menge der mineralisirenden Principien steht. Die Wirkung derartiger Wässer, die man wegen der spärlichen Mineralisirung oligometallische nennt, beruht auf ihrer Reinheit und auf dem physisch chemischen Gesetze der Osmose, dass zwei Flüssigkeiten von verschiedener Dichtigkeit, die durch eine organische Membran getrennt sind, sich untereinander vermischen, um das Gleichgewicht gleicher Dichtigkeit wieder herzustellen. Es entsteht hierdurch eine thätige Bewegung der getrennten Moleküle oder Ionen, die sich von der dichteren Lösung zu der weniger dichten bewegen. Die oligometallischen Wässer entsprechen ihrem Zwecke um so mehr, je mehr sie sich der Reinheit des destillirten Wassers nähern. Auf diese Weise sucht C. die Wirkung des Fiuggiwassers, die längst bekannt ist, dem wissenschaftlichen Verständnisse näher zu bringen.

A. Loebl, *Wandlung in der Balneotherapie der chronischen Nephritis.* (Klin.-ther. Wchnschr. Nr. 11 u. 12. 1907.)

In den letzten Jahren hat man angefangen, Nephritiker auch mit Bädern zu behandeln und das Herz auf balneologischem Wege zu kräftigen. Neben den kohlensauren Bädern, die am meisten angewendet werden, empfiehlt sich auch die Verordnung von Moorbädern zu 37 und 39° C. Sie setzen den Blutdruck herab, bewirken eine Abnahme der Athmungsfrequenz, fördern die Blutbildung und vermehren die Hautathmung bei Schonung der Nieren.

Tiedemann und Lund, *Ueber den Einfluss von kohlensauren Bädern und gymnastischen Uebungen auf Herzkranke.* (Bl. f. klin. Hydrother. XVII. 12. 1907.)

Der Werth der Behandlung leichter Herzinsufficienz mit kohlensauren Bädern liegt in einer Steigerung des Blutdruckes, die zu einer Besserung des subjektiven Befindens führt. Ob in Fällen, in denen neben der Badekur noch Digitalis gegeben werden muss, ein Dauerresultat zu erwarten ist, erscheint fraglich.

III. Phototherapie.

A. Allgemeine Phototherapie.

S. Loewenthal, *Ueber die Wirkung der Radiumemanation auf den menschlichen Körper.* (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 46. 1906.)

Bei den Versuchen L.'s handelte es sich darum, bestimmte Mengen von Emanation den Versuchspersonen einzuverleiben. Als Träger der Emanation diente Leitungswasser. L. benutzte nicht das reine Radiumbromid, sondern Radiumbenzoëcarbonat. Dieses Präparat wurde in einem kleinen Fläschchen eingeschlossen und dann in ein grösseres Glasgefäss mit einem Viertelliter Leitungswasser versenkt und luftdicht verschlossen gehalten. Die von dem Radiumpräparate entwickelte Emanation fundirt durch den Pergamentpapierverschluss der kleineren

Flasche in das Wasser und speichert sich in diesem auf. Versuche an Gesunden ergaben, dass wenigstens 10 ccm Emanationwasser getrunken werden mussten, um im Urin und in der Athmungsluft nachweisbar zu sein. Die Thierversuche sprechen dafür, dass die Emanation nicht schädigend wirkt, wenn eine bestimmte Dosis nicht überschritten wird. Andersartig verliefen die Versuche bei kranken Menschen. Bei ihnen tritt am Tage der Einverleibung oder am nächsten Tage mit Anschwellung der Gelenke und vermehrten Schmerzen (beim chronischen Gelenkrheumatismus) eine Reaktion auf.

Julian Marcuse, *Zur Geschichte des Luftbades.* (Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XI. 1. 1907.)

Es ist ein verdienstvolles Unternehmen M.'s, die Geschichte des Luftbades, das in jüngster Zeit so rasch in die Therapie eingeführt wurde, studirt zu haben.

Wir finden bei Plinius, Cicero, Hippokrates und Herodot zahlreiche Hinweise auf die Wirkung der Sonnenbäder. Der Philosoph Montaigne in Frankreich und der Arzt Sanktorius waren die Ersten, die 1580, bez. 1614 in naturphilosophisch geschriebenen Werken die Idee des Luftbades verbreiteten. Auch Benjamin Franklin beschäftigte sich in seinen Briefen an Dubourg wiederholt mit dem Luftbade und erzählt, dass er jeden Morgen ein solches in der Dauer von ½ Stunde bis zu 1 Stunde in seinem Zimmer nehme. Die Abhandlung Lichtenberg's 1787: „Ueber die unmittelbare Wirkung der Luft auf die Oberfläche des menschlichen Körpers" bringt eine gute Darstellung der Ansichten der damaligen Zeit. Plouquet meint in seiner Arbeit: „Das Wasserbett" (1789), dass das Luftbad wesentlich ungefährlicher wäre, als das gleich kalte Wasserbad. Ein Schwärmer für die Anwendung der Luftbäder war B. C. Faust in Bückeburg. Ihm folgten zahlreiche grosse Hygieiniker und Aerzte am Ausgange des 18. Jahrhunderts, wie Johann Peter Frank, Karl May und Tissot. Aber erst der Jenenser Chemiker Doebereiner legte im Jahre 1816 zum ersten Male auf Grund experimenteller Untersuchungen die Grundgedanken der modernen Lichttherapie dar. Er glaubt, dass das reine oder farbige Licht verschiedene Wirkungen hat, und replicirt dabei auf Goethe's Farbenlehre. Er ist der erste Vorläufer der Lichttherapie von Finsen. Zu Anfang des 19. Jahrhunderts war die von Priessnitz inaugurirte Hydrotherapie so mächtig, dass sie alles andere erstickte. Diese Präponderanz dauerte so lange, bis Rikli seinen Kampf gegen Kneipp begann. Von diesem übernahm Lahmann die Lichttherapie und er ist als der eigentliche Vater der modernen Bewegung aufzufassen, weil er in seinem Institute die erste einwandfreie Einrichtung für Lichtbäder getroffen hat.

Julius Marcuse, *Luft- und Sonnenbäder, ihre physiologische Wirkung und therapeutische Anwendung.* Stuttgart 1907. Ferd. Enke. 8. 128 S. mit 17 Textabbildungen. (3 Mk.)

Wenn auch die bewusste Anwendung der Luft zu Heilzwecken schon im Alterthume geübt wurde, so ist doch erst in den letzten Jahrzehnten die Freiluftbehandlung durch Brehmer in die Therapie der Tuberkulose eingeführt worden. Van Oordt studirte die Wirkung der Freiluftkuren auf Ernährung, Athmung und auf nervöse Erkrankungen. Einer der ersten, der für die Anwendung des Sonnenbades eintrat, war Schreber. Auf dem Umwege durch die Laienmedicin (Rikli) kam die Sache wieder zu Ansehen und durch Finsen wurde die Lichttherapie der Ausgangspunkt einer Reihe der werthvollsten Arbeiten. Heute ist das Studium der Luft- und Sonnenbäder nicht mehr etwas abseits vom Wege Gelegenes und in den Sanatorien für Nervenkranke werden allüberall Einrichtungen für Licht- und Luftbäder in mehr oder weniger opulenter Weise getroffen. Die vorhandenen Arbeiten und deren Erfolge in ein übersichtliches System gebracht zu haben, ist ein Verdienst M.'s, dessen Werk an dieser Stelle warm empfohlen werden soll. Den Schluss der Arbeit bildet eine Schilderung der isolirten Anwendung einzelner Strahlenarten in der Psychiatrie und Dermatologie, sowie ein ausführliches Literaturverzeichniss.

Oskar v. Hovorka, *Ueber die Wirkung der Luft- und Sonnenbäder.* (Bl. f. Hydrother. XVII. 12. 1907.)

Wer sich mit Luft- und Sonnenbädern wissenschaftlich beschäftigt, kommt bald zu der Ueberzeugung, dass ein und derselbe Krankheitszustand durch Luftbäder oftmals verbessert und durch Sonnenbäder verschlechtert wird. Dieses ist darauf zurückzuführen, dass das Sonnenbad sich zum Luftbade verhält, wie ein Moorbad zum gewöhnlichen Wasserbade. Die Untersuchungen, die v. H. angestellt hat, machte er auf der *Mendel* bei *Bozen* 1360 m über dem Meere. Der Baderaum war theilweise den Sonnenstrahlen frei ausgesetzt, der grössere Theil lag im Schatten. Die direkte Sonnenstrahlung dauerte im Durchschnitte 7 Stunden. Anfänger beginnen die Luftbäder mit 5—10 Minuten. Sie tragen eine in kaltes Wasser getauchte Badehaube und nehmen in gewissen Zwischenzeiten zur Vermeidung von Congestionen zum Kopfe kalte Nackenbrausen. Bei jedem Besuche wird die Badezeit um 5—10 Minuten, bis auf 2 Stunden, verlängert. Da die Gebirgssonne eine intensivere Wirkung ausübt, als die Sonne im Thale, so wird jeder neue Badegast auf die Gefahr des Liegens an der Sonne aufmerksam gemacht. Der Schlaf in der Sonne ist strengstens untersagt. Nach jedem Sonnenbade wird eine Dusche und dann ein kaltes Tauchbad genommen. Die physiologischen Wirkungen lassen sich dahin zusammenfassen, dass das kalte Luftbad (bis zu 14° C.) Puls und Temperatur, Respiration und Blutdruck erhöht. Im kühlen Luftbade (14—20° C.) nehmen Pulsfrequenz, Respiration und Temperatur bei einigen Personen ab, bei anderen zu. Der Blutdruck hat die Tendenz zu steigen. Im lauen Luftbade (20—30° C.) ist die Wirkung auf Respiration und Puls wechselnd, die Temperatur und der Blutdruck sinken. Im warmen Luftbade dagegen steigen Puls und Temperatur, Blutdruck und Respiration nehmen ab.

Das Sonnenbad steigert die Pulsfrequenz, Respiration und Temperatur erheblich, ebenso den Blutdruck, und ist einem Schwitzbade zu vergleichen. Die subjektive Empfindung ist nicht so angenehm,

wie im Luftbade. Nicht selten stellen sich Kopfschmerzen und Herzklopfen, sowie Schlaflosigkeit ein. Die physiologische Wirkung des Luftbades auf den gesunden Körper ist am ehesten mit einem Reinigungsbade zu vergleichen. Auf den erkrankten Körper wirken die Bäder so verschieden ein, dass ein abschliessendes Urtheil noch nicht gefällt werden kann. Es scheint, dass das Luftbad auf die Verkalkung der Arterien sehr günstig wirkt, während das Sonnenbad bei dieser Krankheit direkt verboten ist. Schmerzlindernd wirkt das Sonnenbad auf Rheumatismus und Hüftnervenentzündung. Das Sonnenbad in der Ebene wirkt weniger stark, als das im Hochgebirge.

M. Herz, *Licht- und Luftstrom-Behandlung und Hydrotherapie.* (Ztschr. f. diätet. u. physikal. Ther. X. 1 f. 1907.)

Die bewegte Luft beeinflusst den Körper in hohem Grade, weil sie die Haut gerade in der Richtung abzuhärten im Stande ist, in der die Erkältung wirkt. Die Abhärtung durch Bäder ist wichtig, aber wichtiger ist die Abhärtung durch den Luftstrom. Die Luft ist der berufene Träger des für alle Luftthiere adäquaten thermischen Reizes. Die Wirkung des verlängerten kalten Bades ist nach den Untersuchungen von Zuntz und Löwy die gleiche, wie die des Windes auf den nackten Körper. Beim Licht-Luftstrombade können wir durch Veränderung der Luftgeschwindigkeit den Reiz leicht in beliebiger Weise variiren. Eine eigenartige Wirkung erzielen wir, und zwar nur im Licht-Luftbade durch die gleichzeitige Verwendung der strahlenden Wärme und des kühlen bis kalten Luftstromes. Ein als angenehm empfundener Wind von 35° C. steigert die Athmungsgrösse um f1%, bei 40° um 22%. Ein sehr unangenehmer Wind von 20° bringt eine Steigerung um 50% hervor. Diese Steigerung der Athmungsgrösse kommt nicht durch eine erhöhte Frequenz der Athemzüge zu Stande, sondern durch eine Vertiefung der Respiration.

W. D. Lenkei, *Die Wirkung der Luftbäder auf einige Funktionen des Organismus.* (Ztschr. f. diätet. u. physikal. Ther. XI. 12. 1907.)

Die Haut wird im lauen und kühlen Luftbade blutreich und geräth leichter in Transpiration. Dieses ist im Anfange bei kühlen und bei kalten Luftbädern nur selten zu beobachten. Congestionen verschwinden im Luftbade ziemlich rasch, der Gemüthszustand bessert sich, die Darmthätigkeit und der Appetit heben sich. Die Zunahme des Stoffwechsels ist in kälterer Luft, besonders, wenn auch Lichtwirkung mithilft, am stärksten.

Richard Wiesner, *Die Wirkung des Sonnenlichtes auf pathogene Bakterien.* (Arch. f. Hyg. XLI. 1901.)

Das Absterben der Bakterien hängt ab von der Strahlungsintensität und von dem Resistenzgrade der Bakterien, von denen die jüngeren weniger widerstandsfähig sind als die älteren. Wenn auch alle Strahlen des Spectrum bactericid wirken, haben die ultrarothen und die ultravioletten und die jenseits dieser Grenzen gelegenen Strahlen die grösste Wirkung. Die langwelligen Strahlen sind den kurzwelligen überlegen. Erhöhung der Temperatur der Luft steigert die Wirkung. Die baktericide Eigenschaft des Sonnenlichtes beruht nicht auf einem die Zelle vernichtenden Oxydationprocesse, sondern auf einer direkten Schädigung des Protoplasma. Die äusserst fleissige Arbeit wird jedenfalls bei Allen, die sich mit Phototherapie beschäftigen, die verdiente Anerkennung finden.

Martin, *Ueber den Einfluss der Tropensonne auf pathogene Bakterien.* (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 51. 1906.)

Die Thatsache, dass bei den Eingeborenen Afrikas trotz mangelhafter Pflege entzündliche Wundprocesse selten sind, erklärt sich durch die Wirkung des Lichtes und der Wärme der Tropensonne. Die von M. angestellten bakteriologischen Untersuchungen haben diese Vermuthung bestätigt.

D. L. Edsall u. R. Semberton, *Toxische Reaktion nach der Anwendung von X-Strahlen.* (Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXIII. 3. p. 42. March 1907.)

2 Todesfälle kurz nach der Anwendung von Röntgenstrahlen. Ein Kr. mit perniciöser Anämie wurde 5 Minuten lang an der Milz bestrahlt. ½ Stunde später Schüttelfrost und hohes Fieber. Pat. starb 1 Woche später auf der Reise in die Heimat. Ein arthritisches Gelenk wurde 5 Minuten lang den X-Strahlen exponirt. Darauf wurde der Kr. moribund, erholte sich aber nach geraumer Zeit wieder. E. u. S. machen darauf aufmerksam, dass besonders bei Nephritis grosse Vorsicht geboten sei, sie geben aber nicht an, ob in den beiden genannten Fällen die Nieren krank waren, überhaupt lässt sich aus der Darstellung nicht annehmen, dass die Beleuchtung die Schuld an den Zwischenfällen getragen hat.

Engel, *Ueber Röntgenschädigungen in der medicinischen Radiotherapie.* (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. f. 1907.)

E. bespricht die bekannten Schädigungen, die bei der Anwendung von Röntgenstrahlen an der Haut, am Brustfelle, in den Meningen und an der Netzhaut auftreten, kurz, befasst sich aber genauer mit den auf Fernwirkung beruhenden Symptomen, wie Kopfweh, Schwindel, Fieber, Erbrechen, Diarrhöe, Herzschwäche und Veränderung des Blutes. Auch Fälle von plötzlichem Tode in Folge von Röntgenbestrahlung sind wiederholt mitgetheilt worden. Zum Schlusse der Arbeit bringt E. diejenigen Maassregeln, die geeignet sind, die Anwendung der Röntgenstrahlen gefahrlos zu gestalten.

F. Kirchberg, *Röntgenschädigungen und ihre rechtlichen Consequenzen.* (Bl. f. klin. Hydrother. XVI. 1906.)

K. macht auf die bekannten Paragraphen des Strafgesetzbuches aufmerksam, die von der fahrlässigen Körperverletzung und Tödtung handeln. Er warnt davor, auf dem Wege der Radiotherapie Sterilität zu erzeugen, weil dieses Verfahren nach der Rechtsprechung des Reichsgerichtes strafrechtlich verfolgt wird. Gegen civilrechtliche Schaden-

ersatzansprüche schützt sich der Arzt am besten durch Beitritt zu einer Haftpflichtversicherung (was ja auch anderen Aerzten, die sich nicht mit Röntgenbestrahlung abgeben, zu rathen ist).

B. Specielle Phototherapie.

P. Wiehmann, *Die Radiumbehandlung des Lupus unter histologischer Controle.* (Arch. f. Med. u. med. Techn. fl. 1. 1907.)

Nachdem man erkannt hatte, dass die Radiumstrahlen die Haut bis in die Tiefe entzünden, andererseits pathogene Bakterien tödten, lag es nahe, die Radiumstrahlen für die Behandlung des Lupus heranzuziehen. Je tiefer man den Sitz des Lupus vermuthet, je grössere Tiefenwirkung also erfordert wird, mit um so penetrationfähigeren Strahlen muss gearbeitet werden. W. empfiehlt die Anwendung von Filtern und glaubt, dass es damit gelingen wird, die Anwendung des Radium bei Lupus sehr erfolgreich zu gestalten.

Löser, *Ueber die Behandlung der Hautcarcinome mit Röntgenstrahlen.* (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. IX. 2. 1906.)

Nach 20 im Krankenhause zu Frankfurt a. M. behandelten Hautcarcinomen kommt L. zu dem Schlusse, dass diese Therapie nur am Platze ist, wenn es sich um kleinere und oberflächliche Carcinome handelt, wenn ein chirurgischer Eingriff verweigert wird oder voraussichtlich nutzlos ist.

E. Schiff, *Ueber Röntgenbehandlung des Epithelioms.* (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. X. 4. 1907.)

Das Epitheliom wird zweifellos durch Röntgenbestrahlung günstig beeinflusst, jedoch darf diese Therapie nicht ausschliesslich angewendet werden, es sind vielmehr auch kleine operative Eingriffe, sowie Aetzungen nothwendig. Wenn nach 4 oder 5 Sitzungen kein Erfolg zu bemerken ist, dann verspricht die weitere Röntgenbehandlung keinen Erfolg.

M. Cohen, *Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Behandlung der lymphatischen Sarkome.* (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 1. 1906.)

Von 5 Patienten, die C. 8 Wochen lang bestrahlt hat, sind 3 geheilt, ein 4. der Heilung nahe und der 5. Patient wurde nach vorübergehender Besserung entlassen, weil ein voller Erfolg nicht erwartet werden konnte.

Quadrone, *Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen.* (Centr.-Bl. f. innere Med. XXVIfl. 24. 1905.)

Bei einem Leukämischen hat Qu. nach einer grösseren Anzahl von Röntgenbestrahlungen nicht nur Verkleinerung der Milz beobachtet, sondern auch Symptome einer Selbstvergiftung des Körpers. Er führt diese Vergiftung darauf zurück, dass entweder die lymphatischen Elemente zu rasch zertrümmert, oder ihre Zerstörungs- und Verbrennungsprodukte nicht rasch genug ausgeschieden wurden. Er führt auch den Tod von Kaninchen und Meerschweinchen nach Röntgenbestrahlungen auf eine derartige Intoxikation zurück.

H. Flesch, *Zur Frage der Röntgenbehandlung bei Leukämie.* (Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 16. 1906.)

Die Erfahrungen, die Fl. bei 3 leukämischen Kranken mit der Röntgenbehandlung machte, sind ungünstig. In 2 Fällen wurden nur einige Sitzungen vorgenommen, so dass sich der Misserfolg darauf zurückführen lässt, im 3. Falle war anfänglich scheinbar eine Besserung zu beobachten, dann trat aber eine enorme Vermehrung der weissen Blutkörperchen ein, die nach kurzer Zeit den Tod herbeiführte. Fl. hält es für wahrscheinlich, dass eine fortgesetzte Röntgenbehandlung zu einer Insufficienz der hämatopoetischen Organe führt.

I. Schor, *Ueber die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Leukämie, Pseudoleukämie und malignes Lymphom.* Inaug.-Diss. Berlin 1906.

Nach einer Zusammenstellung der umfangreichen Literatur kommt Sch. zu dem Schlusse, dass nicht nur kein geheilter Fall von Leukämie nachgewiesen werden kann, sondern dass auch bei dieser Krankheit Röntgenstrahlen nur mit äusserster Vorsicht angewendet werden dürfen. Dagegen seien sie bei den beiden anderen Krankheiten indicirt.

W. J. Bruce, *Two cases of leucaemia treated by the Roentgen-rays.* (Lancet Jan. 27. 1906.)

Br. berichtet über gute Erfolge der Röntgenbehandlung bei lienaler Leukämie in 2 Fällen und giebt die Befunde der Blutuntersuchung genau an, so dass das Resultat controlirt werden kann.

Wassmuth, *Zur Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.* (Wien. klin. therap. Wchnschr. XVII. 46. 1905.)

Die von W. behandelte Leukämie ging schliesslich in perniciöse Anämie über und endete tödtlich. Die Behandlung wurde in 4 Wochen 24mal ausgeführt. Die rothen Blutkörperchen nahmen ständig ab, was den gleichzeitigen, rapiden Kräfteverfall erklärt.

J. Rosenstern, *Stoffwechsel bei Leukämie während der Röntgenbestrahlung.* (Münchn. med. Wchnschr. LIfl. 21. 22. 1906.)

Die Ausscheidung der Harnsäure erhöht sich bei dieser Behandlung, um später zu sinken. Dabei bleibt die Zahl der weissen Blutkörperchen gleich. Damit will R. beweisen, dass die Röntgenstrahlen nicht die weissen Blutkörperchen zerstören, sondern ihre Produktionstätten beeinflussen, was schliesslich auch zu einer Abnahme der weissen Blutkörperchen führt.

H. E. Schmidt, *Die Röntgenbehandlung der Psoriasis und des Ekzems.* (Ztschr. f. diätet. u. physikal. Ther. X. 3. 1907.)

Der Vorlauf der Abheilung gestaltet sich nach einer wirksamen Bestrahlung der Art, dass nach einigen Tagen die Schuppung der flerde aufhört, dann tritt eine Abflachung und schliesslich ein völliges Schwinden der Infiltrationen ein. Nach etwa 10 Tagen sind die flerde meist unter Hinterlassung von Pigmentirungen der kranken Stelle, die aber auch in etwa einer Woche verschwinden, geheilt. Auf die Technik kann hier nicht näher

Digitized by Google

eingegangen werden, es sei nur darauf hingewiesen, dass die Erythemdosis nicht überschritten werden darf. Dieses wird weniger durch die bekannten Apparate bestimmt, als durch die Vertrautheit des Therapeuten mit seinem Instrumentarium gewährleistet. Die Röntgentherapie ist für den Patienten bequemer, sie heilt in kürzerer Zeit und kann endlich auch in veralteten und hartnäckigen Fällen heilen, in denen die übrigen Methoden im Stiche gelassen haben.

K. Oppenheimer, *Ueber die Wirkung von Sonnenbädern bei Peritonitis tuberculosa.* (Ztschr. f. diätet. u. physikal. Ther. X. 1. 1907.)

Durch die fleissige Anwendung von Sonnenbädern gelang es in 2 von O. beobachteten Fällen eine Gewichtzunahme zu erzielen. O. nimmt an, dass die durch die Sonnenbäder erzeugte Hyperämie des Peritonaeum ebenso günstig wirkt, wie die Laparotomie und die Bier'sche Stauung.

K. A. Hasselbach u. H. Jakebäus, *Behandlung von Angina pectoris mit starken Kohlenbogenlicht-Bädern.* (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 39. 1907.)

Die Kranken wurden alle 5 Tage 1 Stunde lang der Einwirkung einer Lampe von 150 Ampères ausgesetzt. Dadurch entwickelte sich eine starke Blutüberfüllung mit Entzündung der bestrahlten Brustpartie. Einige Male wurde vollständiges Wohlbefinden, in anderen Fällen vorübergehende Besserung erzielt, nur in einem von 26 Fällen versagte die Behandlung vollständig. Viele Kranke klagten über Schwindel, Uebelkeit und allgemeines Unbehagen, welcher Zustand sich aber bald hob.

O. Tuskai, *Bestrahlungsbehandlung durch Glühlicht in der Frauenheilkunde.* (Ztschr. f. diätet. u. physikal. Ther. X. 7. p. 420. 1906.)

T. gebraucht einen Glühlichtapparat, der aus mehreren Holzreifen besteht, an denen sich in 3 oder 4 Reihen je 4—5 Stück Edison'sche Lampen befinden, in einer Einzelstärke von 32 Kerzen. Der Apparat wird über den nackten Unterleib der Patientin gestellt und mit einem Wolltuche bedeckt. Die täglich wiederholte Behandlung dauert je 50 Minuten. Sie eignet sich für chronische Exsudate, Anämie, Corpulenz und Obstipation.

W. Fürnrohr, *Die Röntgenstrahlen im Dienste der Neurologie.* Berlin 1906. S. Karger. Gr. 8. 375 S. mit 28 Abbild. (10 Mk.)

Mit grossem Fleisse hat der Chef-Arzt der Kuranstalt in *Alexanderbad* Alles zusammengetragen, was für den Neurologen in der Radiologie von Werth ist. Von grösster Bedeutung ist das Röntgenverfahren bei der traumatischen Neurose, weil es geeignet ist, bei vermutheter Simulation Klarheit zu schaffen. Es giebt kaum ein Capitel in der Nervenheilkunde, in dem die Röntgendurchleuchtung nicht nutzbringend wäre. Einzelne der Abbildungen sind nicht ganz deutlich gerathen, das dürfte aber in der bald zu erwartenden 2. Auflage des interessanten Werkes leicht zu ändern sein.

A. S. Manujilow, *Ueber die Anwendung des blauen elektrischen Lichtes bei verschiedenen Erkrankungen.* (Allg. Wien. Med.-Ztg. Nr. 16 u. 17. 1907.)

Mit blauen Glühlämpchen von 25—50 Kerzenlichtstärke beleuchtete M. die erkrankten Stellen aus einer Entfernung von $^1/_2$ m 15—40 Minuten lang und verband damit bei Hauterkrankungen die Bestreichung mit Eosin- oder Fuchsinlösung. Dass er bei Neurasthenikern und Hysterischen gute Erfolge hatte, wird nicht weiter überraschen, er erzielte aber auch bei Neuralgien der verschiedensten Art und bei akutem und chronischem Rheumatismus, bei Magenkrebs und bei Leberentzündungen, sowie bei Malariamilz, bei Pleuritis und bei tuberkulöser Coxitis Schmerzlinderung, so dass seine Resultate zur Nachprüfung geeignet erscheinen.

IV. Klimatotherapie.

W. H. Huggard, *Handbook of climatic treatment.* London 1906.

H. hat sein besonderes Augenmerk darauf gerichtet, zu erforschen, welche Orte für einen Daueraufenthalt geeignet sind. Ueber Capstadt berichtet er, dass die Sterblichkeitziffer hoch ist, das Leben kostspielig und die sanitären Einrichtungen nicht zu loben sind. Gesünder wie Capstadt sei Natal, wo auch die Verpflegung besser ist. Algier hat viel Scirocco. Nervöse gehen besser nach Biskra. Für Tuberkulöse empfiehlt H. besonders die kanarischen Inseln. Nach Aegypten sollen nur solche Lungenkranke geschickt werden, die fieberfrei sind. Für Rückenmarkskranke, Rheumatiker und Nierenkranke ist Aegypten vorzüglich. Das Klima der Mittelmeerländer hält H. für wenig günstig. Nur Cannes ist für das Anfangstadium der Tuberkulose geeignet, nicht für Nervöse, die besser nach Jersey geschickt werden. In Nord-Amerika ist kein Mangel an klimatischen Kurorten. Für Tuberkulöse besonders ausgezeichnet sind Denver, Kolorado Springs, Santa Barbara und Los Angelos.

J. Glax, *Klimatotherapie.* Stuttgart 1906. Ferd. Enke. 8. 56 S. (1 Mk. 40 Pf.)

Die einzelnen Capitel des Werkchens enthalten die physiologischen Wirkungen der Faktoren des Klimas (Zusammensetzung der Athmosphäre, Luft, Wärme, Licht, Feuchtigkeit, Luftdruck und Bewegung, elektrisches Verhalten der Athmosphäre), ferner die combinirten Wirkungen der verschiedenen Klimate und endlich deren therapeutische Verwerthung. Den Schluss bildet ein vorzügliches Literaturverzeichniss. Die Arbeit hat die Vorzüge des bekannten Lehrbuches der Balneotherapie vom gleichen Verfasser. Sie ist als Nachschlagebuch für den Praktiker unentbehrlich.

K. Diem und E. Kagerbauer, *Schwimmende Sanatorien.* Leipzig u. Wien 1907. Franz Deuticke. Gr. 8. VII u. 111 S. mit 2 Schiffsplänen. (4 Mk.)

Diem verlangt die Einführung von Schiffsanatorien, die ihren Insassen den Genuss der reinen Luft des hohen Meeres ermöglichen sollen. Als Tummelplatz für die Schiffe hält D. das adriatische und jonische Meer für geeignet. Als Gegenanzeigen führt er an: schwere Schwächezustände, starke Herzerweiterung und Herzschwäche, Verkalkung der Gefässe, offene Tuberkulose, Glaukom, Epilepsie und Geisteskrankheiten, die den Umgang mit anderen Reisenden unmöglich machen, übermässige Neigung zur Seekrankheit und endlich alle Leiden, die eine Gefahr der Uebertragung in sich bergen und ekelerregend wirken. Die Schiffspläne, die dem Werke beigefügt sind, hat der Ingenieur Kagerbauer verfertigt. Das „Liege-Deck" hat er vergessen, das von ihm eingezeichnete Inhalatorium ist auf der hohen See überflüssig.

F. Jessen, *Indikationen und Contraindikationen des Hochgebirges.* Würzburg 1906. Curt Knbitzsch (A. Stuber's Verl.). Gr. 8. 26 S. (75 Pf.)

Schwächliche Kinder aller Art erfahren im Hochgebirge eine besondere Kräftigung. Statt in Soolbäder sollten solche Kinder in das Hochgebirge geschickt werden. Ausgenommen sind nur diejenigen Kinder, die an Leukämie und Pseudoleukämie leiden. Die sogenannten Prophylaktiker haben im Hochgebirge die besten Aussichten, gesund zu werden. Sehr gute Erfolge erzielte J. bei Anämien im Gefolge von Malaria, ferner bei Scrofulose, Gicht, Fettsucht und Zuckerharnruhr. Sehr dankbare Objekte sind die Nervenkranken, die sich nur mitunter schwer akklimatisiren. Eine Contraindikation bilden alle chronischen Krankheiten des Nervensystems, die Epilepsie und Hysterie, während die Neurasthenie und die Glotzaugenkrankheit zu den dankbarsten Behandlungsobjekten gehören. Von der Tuberkulose hat das 1. und 2. Stadium immer, das 3. Stadium häufig günstige Aussichten, sogar die Kehlkopftuberkulose bildet keine Gegenanzeige. Der Satz, dass Herzkranke nicht in das Hochgebirge gehören, ist im Allgemeinen nicht richtig. Nur stärkere Arteriosklerose und Degenerationen des Herzmuskels, schlecht compensirte Herzfehler müssen ferngehalten werden. Von den Krankheiten der Harnorgane gehört die echte Nephritis zu den Gegenindikationen. Rheumatiker und Kranke mit chronischen, deformirenden Entzündungen eignen sich wegen der schroffen Temperatursprünge nicht.

E. Abderhalden, *Der Einfluss des Höhenklimas auf die Zusammensetzung des Blutes.* (Med. Klin. VI. 9. 1905.)

Es ist bekannt, dass unter dem Einflusse des Höhenklima sich die Zahl der rothen Blutkörperchen vermehrt. Miescher führt dieses auf einen neuen Bildungsprocess zurück. Sahli und Grawitz denken an eine Eindickung des Blutes, bedingt durch vermehrte Wasserausscheidung. Bunge endlich nimmt an, dass die Blutgefässe im Höhenklima einen anderen Tonus haben wie in der Ebene. Die von A. angestellten Untersuchungen haben ihm die Ueberzeugung gebracht, dass nicht *ein* Faktor wirksam ist, sondern mehrere zusammenwirken. Es ist zwar zweifellos, dass im Hochgebirge die Zahl der rothen Blutkörperchen steigt, aber dadurch allein lässt sich die enorme Blutkörperchenzunahme nicht erklären. Eine gewisse Eindickung des Blutes und ein Austritt von Plasma aus den Gefässen in die Lymphräume sind eben so zweifellos. A. neigt zu der Ansicht, dass die bisher angestellten Versuche noch nicht genügend sind, um ein sicheres Urtheil über die Vermehrung der rothen Blutkörperchen zu fällen.

M. Kirchner, *Ueber das Winterklima und einige hygienische Einrichtungen Aegyptens.* (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 11. 12. 1906.)

Als den günstigsten Platz bezeichnet K. Assuan, weil das Wetter gleichmässig sonnig und trocken ist. Die hohen Temperaturen werden wegen der Trockenheit und ständigen Bewegung der Luft nicht unangenehm empfunden. Besonders Kranke mit Nieren- und Blasenleiden befinden sich dortselbst sehr wohl, ebenso Rheumatiker und Herzkranke mit compensirten Fehlern. Schwindsüchtige dagegen sind wegen der bedeutenden Staubinhalation fernzuhalten.

Felix Blumenfeld, *Das Klima von Wiesbaden.* Wiesbaden 1907. J. F. Bergmann. Gr. 8. 60 S. (1 Mk.)

Das Klima Wiesbadens charakterisirt sich im Allgemeinen als ein solches, das durch geographische Lage und lokale Verhältnisse mehr dem limitirten, als dem extremen mit seinen scharfen Gegensätzen zugezählt werden muss. Auch eine ausgesprochene Constanz, soweit sie in unseren Breiten erwartet werden kann, kommt zum Ausdruck, wenn sie auch in den verschiedenen Jahreszeiten nicht gleichmässig ist. Winterliche Kälteperioden, wie sommerliche Hitzeperioden sind dem Grade nach mässig, der Dauer nach kurz. Der Windschutz lässt jeden Sonnenstrahl zur Geltung kommen. Ein solches Klima muss als ein Schonungsklima angesprochen werden und ist besonders für Kranke, Schwache, Empfindliche und Alternde zu empfehlen. Es hat aber auch seine Schattenseiten, denn es stellt an die Ausgleichsfähigkeit des Körpers minimale Anforderungen. Es fehlt damit der stählende Reiz des Contrastes der Jahreszeiten.

C. Enderlin, *Ospedaletti Ligure Riviera. Klimatologische Beobachtungen und Erfahrungen.* Chur 1906. F. Schuler. Gr. 8. 87 S. (2 Mk.)

Eine mit guten Abbildungen geschmückte Darstellung der klimatischen Verhältnisse Ospedalettis nebst einer kurzen Beschreibung der Indikationen.

Neuere Beiträge zur Nierenchirurgie.[1])

Zusammengestellt von

Dr. **Paul Wagner**

in Leipzig.

Holländer (503) berichtet über einen Fall von *kryptogenetischer, einseitiger hämorrhagischer septischer Nierenerkrankung.*

Die seit etwa 4 Wochen hoch fiebernde Kr. hatte einseitigen Nierenschmerz bei bimanueller Palpation. Das Organ war etwas vergrössert und sonderte $^1/_2$‰ Albumen, rothe Blutkörperchen und vereinzelte weisse ab. Die andere Seite liess die Absonderung körperlicher Bestandtheile vermissen. Eiweiss noch weniger. Nach der Exstirpation sofortiger definitiver Fieberabfall und Heilung. Aufsteigender Process ausgeschlossen, da das Nierenbecken frei und die miliaren eiterig hämorrhagischen Herde diffus angeordnet waren. Vor einem Jahre schon einmal ein Bubo axillaris ohne nachweisbare Ursache.

Holländer (502) theilt ferner einen sehr interessanten Fall von *pyelitischer Fettsteinniere* mit.

Es hatte sich eine ungewöhnlich starke *Epinephritis* entwickelt, die bis in das kleine Becken herabgestiegen war und einen harten, unbeweglichen, schwielenartigen Tumor gebildet hatte. Erst die durch die Röntgenuntersuchung festgestellte Thatsache, dass sich auch nach oben der Tumor bis zur normalen Grenze hinauferstreckte, liess die erste Diagnose, primär verlagerte Niere, hinfällig erscheinen. Das Präparat einer alten Pyonephrose mit ungewöhnlicher Entwickelung einer Adiposklerose der Fettkapsel wird demonstrirt. Nach der Exstirpation wurde der ammoniakalische Urin bald klar, sauer und frei von Albumen. Am 15. Tage Frost und es begann eine Periode akuter Pyelonephritis der anderen Seite. Als am 13. Tage noch kein Fieberabfall erfolgt war und die Pat. sichtlich verfiel, wurde mit Rückenmarkanästhesie die *restirende Niere freigelegt.* Sulzige grünliche Verfärbung des Fettkapselrestes; missfarbenes, brüchiges Gewebe im mittleren Bezirke der Niere. Hier blieb das Parenchym an der abgezogenen Albuginea in Fetzen hängen; oberer und unterer Pol scheinbar unverändert. Spaltung bis an das Becken und totale Entfernung der Kapsel; Fieberabfall und Verminderung des Eiweissgehaltes. Nach 2 kleineren Anfällen mit geringer Temperatursteigerung und Vermehrung des Eiweissgehaltes, Ausheilung der Wunden und des nephritischen Processes. Als Residuum blieb zurück eine als *Folgeerscheinung der Lumbalanästhesie* angesprochene Parasthesie im Peronäusgebiete und einseitiges Fehlen des Achillessehnenreflexes.

Hofmeister (500) empfiehlt bei den traumatischen und gonorrhoischen *Pyonephrosen* als Normalverfahren die *primäre Nephrektomie,* wenn der Zustand der anderen Niere sie gestattet. Wenn die Nephrektomie wegen perinephritischer Abscesse oder mit Rücksicht auf die andere Niere nicht möglich oder weil noch viel Parenchym vorhanden ist, nicht erwünscht erscheint, dann sind die Eingriffe so einfach wie möglich zu gestalten, weil die mechanische Maltraitirung der inficirten Niere, wenn sie im Körper verbleibt, in hohem Maasse die Gefahr der Allgemeininfektion in sich birgt. Die sekundäre Nephrektomie bei bestehenden Fisteln ist in der Regel technisch viel schwerer, als die primäre Exstirpation; man vermeidet sie deshalb wenn möglich.

Tedenat (530) theilt den 4. sicheren Fall von *eiteriger Gonokokkennephritis* mit, die nur durch Entfernung der erkrankten Niere zur Heilung gelangte. Die exstirpirte Niere war von ca. 10, bis zu nussgrossen Abscessen durchsetzt, die fast alle die Rindensubstanz einnahmen. Der Eiter enthielt zahlreiche Gonokokken, einige Colibacillen und vereinzelte Staphylokokken. Bei dem Kr. war angeblich nur eine „gutartige" Urethritis vorausgegangen.

Kranse (511) berichtet über einen Fall von *primärer Diphtherie des rechten Nierenbeckens* bei einem 24½jähr. Mädchen, das bereits während einer vorangegangenen Schwangerschaft an chronischer Pyelitis gelitten hatte. Der diphtherische Process setzte ganz akut unter schwersten Allgemeinerscheinungen ein. Die Niere wurde freigelegt und durch einen Schnitt bis in das nur wenig erweiterte *Nierenbecken gespalten.* Dieses war vollkommen von einer schmierig grauen Masse ausgestopft. Offenlassen der Niere, Drainage; langsame *Heilung.* Die mikroskopische Untersuchung ergab eine *pseudomembranöse Entzündung des Nierenbeckens.* Die Aetiologie der Diphtherie blieb unbekannt. Die histologische Untersuchung hat eben so wenig wie der operative Befund einen eiterigen Process in der Niere oder im Nierenbecken aufgedeckt.

Hohlfeld (501) fand bei einem *Säuglinge* mit Soor der Mundhöhle auch *Soor im Nierenbecken.* Die Frage, wie dieser dahin gelangt ist, ist schwer zu beantworten. Vielleicht ist die Ursache darin zu suchen, dass das Kind 14 Tage vorher einmal katheterisirt worden war.

In einer Arbeit über *metastatische paranephritische Abscesse* berichtet Albrecht (479) aus der v. Bruns'schen Klinik über 6 derartige Erkrankungen, bei denen ein ätiologischer Zusammenhang mit entfernt liegenden Eiterungen ausser Frage stand: 1mal mit einem Abscesse in der Analgegend, 3mal mit Furunkeln, 2mal mit Panaritium. In diesen 6 Fällen hatte sich aus einer peripherisch gelegenen Eiterung ein paranephritischer Abscess entwickelt, 5mal ohne irgend welche sonst bekannte Ursache, 1mal bei gleichzeitig bestehender Tuberkulose. Dass jedoch diese Tuberkulose in keinerlei direktem Zusammenhange mit der Paranephritis stand, das wurde sicher bewiesen durch den Nachweis von Staphylokokken im Eiter. 2mal war bei Beginn der Erkrankung der peripherische Herd schon verheilt, 1mal war er in der Abheilung begriffen, 3mal stand die Primärerkrankung noch in voller Blüthe. Der Verlauf der Erkrankung war in allen 6 Fällen ziemlich derselbe. Die Abscesshöhle wurde breit eröffnet, drainirt und tamponirt. Die Wundhöhlen schlossen sich ziemlich rasch, so dass die Kranken nach einigen Wochen der Heilung nahe entlassen werden konnten. In 4 Fällen wurde als

[1]) Fortsetzung; vgl. Jahrbb. CCXCVIII. p. 225.

Erreger Staphylococcus pyogenes aureus gefunden, 1mal wurden Staphylokokken und Streptokokken nachgewiesen.

Im Anschlusse an diese Beobachtungen giebt A. einen kritischen Ueberblick über die bisherige Literatur der *metastatischen paranephritischen Abscesse*. Das Resultat seiner Untersuchungen fasst er in folgenden Sätzen zusammen: *Die metastatische Paranephritis entsteht gewöhnlich durch Vermittelung der Niere.* Meist ist der Weg der, *dass sich in der Niere ein primärer Abscess bildet, von dem aus die sekundäre Vereiterung der Fettkapsel, sei es durch Ueberleitung, sei es in Folge Durchbruchs* erfolgt. Ob dieser Weg die einzige Möglichkeit darstellt, diese Frage harrt noch der Beantwortung.

In *Beiträgen zur Kenntniss metastatischer renaler und perirenaler Abscesse* theilt Wilcke (532) aus der Rostocker chirurg. Klinik 10 Operationen mit. Aetiologisch handelte es sich 5mal um Furunkel, 1mal um einen grossen Carbunkel. Die metastatischen Eiterungen traten 3—7 Wochen nach der ursächlichen Erkrankung auf. In einem Falle fand sich eine typische Flexionstellung des Oberschenkels. Die Urinausscheidung ergab keine für die Diagnose verwerthbaren Anhaltepunkte. Die Operation ergab nur in 2 Fällen intrarenale Abscesse; in den übrigen Fällen konnten sichere Anhaltepunkte für einen renalen Ursprung der Abscesse nicht nachgewiesen werden. Schliesslich führt W. noch 2 Fälle an, aus denen mit grösster Wahrscheinlichkeit hervorgeht, dass kleine metastatische Herde der Niere, selbst eiteriger Natur, zur spontanen Ausheilung kommen können.

Grell (495) theilt aus der Kieler chirurg. Klinik 11 Fälle von *paranephritischem Abscess* mit; 2 Kr. = 18% starben. In beiden Fällen handelte es sich um Kranke, die durch schwere und lange bestehende Nierenerkrankungen dem Tode schon verfallen waren.

Guiteras (497) berichtet über 15 Fälle von *perinephritischem Abscesse*; die Ursachen waren 4mal Steine; 4mal Tuberkulose; 3mal Pyonephrose; 2mal ascendirende Pyelonephritis; 1mal Nierenruptur; 1mal Empyem. Die operativen Eingriffe bestanden 8mal in der Nephrotomie; 4mal in der totalen, 1mal in der partiellen Nephrektomie. Von den Nephrektomirten starb 1 an Shock, 1 an Pyämie, 1 an Sepsis.

Nicolich (521) theilt einen Fall von *eiteriger Perinephritis nach Furunkel* mit: Bei einem 38jähr. Kr. entwickelten sich mehrere Wochen nach der Abheilung eines grossen Nackenfurunkels die Symptome einer schweren Pyämie mit Lokalisation in der linken Lunge, den Nieren, dem perirenalen Gewebe und der Prostata. Ausserdem bildeten sich am Rumpfe innerhalb 12 Tagen 11 kleine subcutane Abscesse. Incision des Prostataabscesses durch die Mastdarmwand; linkseitige, mehrere Wochen später auch rechtseitige Nephrotomie und Eröffnung eines perirenalen Eiterherdes. Langsame Erholung des aufs Aeusserste heruntergekommenen Kr.; vollkommene Heilung. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes vor den operativen Eingriffen ergab Staphylokokken und Streptokokken; mehrere Monate später, kurz vor der Entlassung des Kr., war das Blut steril.

Doll (489) hat bereits 1906 über einen Fall von *Apoplexie des Nierenlagers* berichtet, und zwar unter der Ueberschrift: *Ein Fall von ausgedehnter Blutung in die Fettkapsel einer Niere mit tödtlichem Ausgange.* Die Bezeichnung: *Apoplexie des Nierenlagers* stammt von Wunderlich. Bei der augenscheinlich grossen Seltenheit dieser Apoplexie des Nierenlagers ist es um so merkwürdiger, dass dem Vf. das bekannte Gesetz von der Duplicität der Fälle fast genau nach Jahresfrist einen zweiten gleichartigen Fall zuführte. Im 1. Falle brachte erst die Sektion Klarheit, im 2. konnte die Diagnose intra vitam gestellt werden.

Das *Symptomenbild* des apoplektischen Insultes des Nierenlagers, wie es die beiden Fälle in auffälliger Gleichartigkeit boten, setzt sich aus den folgenden charakteristischen Zügen zusammen: 1) Gefässschädigende und blutdrucksteigernde Erkrankungen, wie Arteriosklerose, chronische Nephritis, Lues und Alkoholismus kommen als ätiologische Grundlagen in Frage. 2) Auftreten von kolikartigen Schmerzen in einzelnen Anfällen, die sich in kurzen Zwischenzeiten folgen. Die Schmerzen sitzen in der Nierengegend und werden als unerträglich heftig und dumpf bohrend bezeichnet. Sie strahlen nach hinten aus nach der Lumbalgegend, nach unten nach dem Darmbeinkamme zu, nicht in das Scrotum oder den Penis. 3) Die Gegend, in der die Schmerzen sitzen, zeigt bald Schmerzhaftigkeit bei Druck, desgleichen bei Lagewechsel. 4) In der Nierengegend, hinter dem Colon gelegen, wird mit zunehmender Deutlichkeit für Perkussion und Palpation ein sehr druckempfindlicher, prallelastischer, bei der Athmung sich nicht verschiebender, länglicher Tumor mit verwaschener Abgrenzung gegenüber der Umgebung erkennbar. 5) Während des Verlaufes mässiges remittirendes Fieber; gegen Schluss höhere Temperatursteigerungen. Zwischendurch gelegentliches tiefes Absinken der Körperwärme (Collapse). 6) Erscheinungen mässiger Anämie; rascher Kräfteverfall und Pulsverschlechterung. 7) Hochdrängung des Zwerchfells, Verdichtungserscheinungen in den unteren Lungenlappen und Exsudatbildung in den Pleurahöhlen. 8) Starker zunehmender Meteorismus, der in seiner höchsten Entwickelung die Geschwulst undeutlicher werden lässt. 9) Auftreten teigiger Hautanschwellung in der Lumbalgegend, blauschwarze Blutaufquellung daselbst und am Scrotum.

Ein operativer Eingriff ist bei der Apoplexie des Nierenlagers wohl aussichtslos.

XI. Nephrolithiasis.

535) Adenot et Arcelin, Suites éloignées d'une néphrotomie pour calculose rénale et phlegmon périnephritique antérieur, controlées par la radiographie. Lyon méd. XXXIX. 7. 1907.

536) Albers-Schönberg, Ueber den derzeitigen Stand des Nachweises von Conkrementen im menschlichen

Körper mittels Röntgenstrahlen. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung 2. 1904.

537) Albers-Schönberg. Zur Differentialdiagnose der Harnleitersteine u. der sogen. „Beckenflecken". Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen IX. 4. 1906.

538) Arcelin et Rafin, Calcul rénal diagnostiqué par la radiographie; néphrolithotomie. Lyon méd. XXXVIII. 25. 1906.

539) Auvray, R., Hydro-hématonéphrose calculeuse. Hématuries très abondantes. Nephrectomie. Ablation suivant la méthode de Grégoire. Soc. de Chir. de Paris Déc. 16. 1906.

540) Baotjor, F. H., The use of the X-ray in the diagnosis of renal and ureteral calculi. Johns Hopkins Hosp. Rep. XIII. p. 479. 1906.

541) Bartlett, W., Eine einfache Operationsmethode für Steine im Ureter. Centr.-Bl. f. Chir. XXXIV. 22. 1907.

542) Beck, C., The Roentgen method in lithiasis of the urinary tract. Ann. of Surg. Dec. 1905.

543) Beck, C., Experimental studies on the density of calculi uf tho urinary tract. Arch. of the physiol. Thor. March 1906.

544) Betagh, Colesterinuria per idropionefrosi calcolosa con piele-ureterito iperplastica. Nefrectomia. Guarigione. Policlin. 12. 1906.

545) Bittorf, A., Druckschmerzhaftigkeit des Hodens bei Nierensteinen. Münchn. med. Wchnschr. LIV. 23. 1907.

546) Bland-Sutton, J., Clinical observations on a kidney which contained more than forty thousand iridescent calculi. Brit. med. Journ. Jan. 21. 1905.

547) Blum, V., Die Röntgenstrahlen im Dienste der Urologie. Ztschr. f. Heilkde. XXVI. 12. 1905.

548) Borchert, Steineinklemmung im Harnleiter. Deutsche med. Wchnschr. XXX. 45. Ver.-Beil. 1904.

549) Boveo, W., Tho diagnosis of renal and ureteral calculi. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXII. 5. 1906.

550) Brndford, St, Reflex symptoms and referred pains caused by stone in the kidney. New York med. Record July 21. 1906.

551) Brown, P., Note on the Roentgen diagnosis of urinary calculus: tho preparation of tho patient. Boston med. a. surg. Journ. May 2. 1907.

552) Burgos, Gros calcul du rein enlevé par néphrectomie. Ann. des Mal. des org. gén.-urin. XXV. 22. 1907.

553) Burrell, H. L., Renal calculus; hydronephrosis; removal of stone from kidney. Boston med. a. surg. Journ. Febr. 23. 1905.

554) Cahot, H., Results of cases operated upon for stone in the kidney. Boston med. a. surg. Journ. June 8. 1905.

555) Cabot, F., Operation for renal calculus. Post-Graduate XXI. 5. 1906.

556) Cooper, C. M., and W. J. Terry, Nephrotomy for stone in tho kidney; excessive hemorrhage; nephrectomy; recovery. Calif. State Journ. of Med. May 1905.

557) Cunningham, J. H., Tho cases of renal and ureteral calculi at the Boston city hospital. Boston med. a. surg. Journ. June 8. 1905.

558) Darling, C. G., Renal calculus. Physic. a. Surg. XXVII. 11. 1905.

559) Drew, D., Calculous anuria in a child. Transact. of the clin. Soc. of London XXXVIII. p. 104. 1905.

560) Duhot, Pyonéphrose calculeuse prise pour une appendicite. Presse méd. belge LVII. 48. 1905.

561) Dukes, C., Suppression of urine for nine days; operation; recovery. Lancet July 16. 1904.

562) Eaton, G. L., Nephro-phonoscope and urotro-renal calculi. Calif. State Journ. of Med. Nov. 1905.

563) Elliot, E., Renal calculus: symptoms and treatment. Med. a. surg. Report of the Presbyt. Hosp. in the City of New York VII. 1906.

564) Elliot, E., Renal calculus; symptoms and treatment. New York a. Philad. med. Journ. April 21. 1906.

565) Eppinger, H., Zur Radiographie der Nierensteine. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen VII. p. 28. 1904.

566) Fantino, G., Beitrag zum Studium der Harn- u. Gallensteine. Arch. f. klin. Chir. LXXV. 1. 1905.

567) Federici, N., Contributo allo studio della calcolosi renale; guarigione spontanea. Gaz. degli Osped. e delle Clin. XXV. 127. 1904.

568) Fenwick, E. H., The value of the use of u shadowgraph uroterie bougie in the precise surgery of renal calculus. Brit. med. Journ. June 17. 1905.

569) Fowler, H. A., Tho diagnosis of renal and ureteral calculi. New York med. Record Febr. 4. 1905.

570) Frothingham, R., Some remarks on nephrolithiasis. Boston med. a. surg. Journ. CLVII. 2. 1907.

571) Fussell, M. H., Case of cystic left kidney and calculus of tho right kidney. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. IX. 2. 1906.

572) Géraud, Pyelonephrite calculeuse suppurée chez un malarien. Néphrectomie. Guérison. Arch. du Méd. et de Pharm. mil. 7. 1904.

573) Héresco, P., Néphrolithotomie droite chez un malade guéri antérieurement d'un diabète insipide par une intervention chirurgicale (nephropexie gauche). Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris XXXI. p. 158. 1905.

574) Hewes, H. F., The aids to diagnosis of renal calculi obtained trough the examination of the urine. Boston med. a. surg. Journ. June 8. 1905.

575) Holland, C. Thurstan, On the X-ray diagnosis of kidney stones. Lancet June 2. 1906.

576) Immelmann, Röntgenbilder bei Nierensteinen. Deutsche med. Wchnschr. XXX. 35. Ver.-Beil. 1904.

577) Johnsen, Ein durch Operation entfernter Riesen-Nierenstein. Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 51. 1906.

578) Johnson, A. B., Some observations on the diagnosis of renal calculus. New York a. Philad. med. Journ. Febr. 4. 1905.

579) Kelly, H. A., My experience with the renal catheter as a means of detecting renal and ureteral calculi. Amer. Journ. of Urol. Oct. 1904. — Centr.-Bl. f. Chir. XXXIII. 47. 1906.

580) Kijewski, Einige Betrachtungen über die Nephrektomie bei Nephrolithiasis. Gaz. lekarska 1—3. 1906. — Folia urolog. I. 6. 1908.

581) Klemperor, G., Die Nierensteinkrankheit. Deutsche Klinik a. Eing. d. 20. Jahrh. 103. Lief. 1905.

582) Klemperer, G., Ueber Phosphaturie; ein Beitrag zur Prophylaxe der Nierensteine. Ther. d. Gegenw. XLIX. 1. 1908.

583) Krause, P., Ueber doppelseitige Nephrolithiasis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 33. 1907.

584) Krotoszyner, M., Observations upon nephrolithiasis with vague symptoms. New York a. Philad. med. Journ. Oct. 12. 1907.

585) Kümmell, Diagnostik u. Therapie der Nephrolithiasis. Folia urolog. I. 6. 1908.

586) Kunith, Complicirtere Fälle von Nephrolithiasis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 2. Ver.-Beil. 1908.

587) Leguon, Calculs mobiles du rein et de l'uretère. Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris XXXII. p. 357. 1906.

588) Leonard, Ch. L., Tho results of Roentgen diagnosis in calculous conditions of the kidney and ureter. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen VIII. Suppl.-H. 1905.

589) Leonard, Symptoms and signs in urinary lithiasis. Ann. of Surg. April 1907.

590) Levy-Dorn, M., Beitrag zur Untersuchung auf Nierenstein mittels Röntgenstrahlen. Arch. f. physik. Med. u. med. Techn. I. 2—3. 1906.

591) Lichtheim, Nierenstein. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 12. Ver.-Beil. 1906.

592) Lucas, Cl., Two cases of renal calculus in which the X-rays failed to indicate the presence of a stone. Brit. med. Journ. Oct. 1. 1904.

593) Lüning, A., Beitrag zur Nieren- u. Ureterchirurgie. Beitr. z. klin. Chir. XLIX. p. 95. 1906.

594) Morawitz, P., u. C. Adrian, Zur Kenntniss der sogen. Eiweisssteine der Niere und über die Ausscheidung membranoser Massen aus dem uropoetischen System. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XVII. 5. 1907.

595) Morris, H., A case of hydronephrosis and renal calculi, in which 16 small calculi were detected by the X-rays und in which the hydronephrosis was due to constriction of the pelvis of the kidney by an artery and a vein passing to the lower pole. Lancet July 15. 1905.

596) Morris, H., On the X-ray shadows of cystic and xanthin oxyde calculi. Lancet July 21. 1906.

597) Nash, W. G., Two cases of renal calculus in children under ten. Med. Presse March 7. 1906.

598) Naumann, G., u. K. A. Wallin, Drei Fälle von Nierenstein, mittels Röntgenophotographie diagnosticirt. Nord. med. ark. XXXVIII. 5. 1905.

599) Neuhäuser, H., Ueber Blutungen nach Nephrolithotomie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 28. 1907.

600) Oraison, Sur deux cas de calculs du rein, l'un septique avec coexistence d'épithélioma du bassinet, l'autre aseptique. Ann. des Mal. des org. gén.-urin. XXIII. 10. 1905.

601) Paschkis, R., Ueber Complikation von Blasenstein mit anderweitigen Steinbildungen im Harnsysteme. Wien. klin. Wchnschr. XX. 40. 1907.

602) Patel, M., Un cas de néphrite lithiasique polykystique; anurie; décapsulation rénale. Ann. des Mal. des org. gén.-urin. XXIV. 3 1906.

603) Pelicund, M., Calculs rénaux, deux à droite, trois à gauche, diagnostiqués par la radiographie; pyélonéphrite; double néphrolithotomie; guérison. Lyon méd. XXXIX. 2. 1907.

604) Perthes, Die chirurgische Bedeutung der Nephrolithiasis, mit besonderer Berücksichtigung der Indikationsstellung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 49. Ver.-Beil. 1907.

605) Post, G. E., Operations for urinary calculi. New York med. Record July 6. 1907.

606) Prió u. Comas, Zur Casuistik der Nierensteindiagnose mit Hulfe der Röntgenstrahlen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen VIII. Suppl.-H. 1905.

607) Rausohoff, J., Stone in the kidney; its diagnosis and operative treatment. Med. News Nov. 26. 1904.

608) Ravasini, C., Durch Nephrolithiasis bedingte Parnnephritis. Atrophie der betreffenden Niere. Nephrolithotomie. Heilung. Ztschr. f. Urol. I. 10. 1907.

609) Reichmann, M., Ueber Schatten in Röntgennegativen, die Ureterensteine vortäuschen können. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen IX. 4. 1906.

610) Rnid, On the X-ray diagnosis of calculi of the urinary tract. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen VIII. Suppl.-H. 1905.

611) Reid, The use of the cryptoscope in operations for renal calculi. Brit. med. Journ. Sept. 14. 1907.

612) Riddell, J. R., The Roentgen rays in the diagnosis of urinary calculus. Glasgow med. Journ. LXV. 2. 1906.

613) Robinson, B., A clinical lecture on stone in the kidney. Brit. med. Journ. Dec. 24. 1904.

614) Rosenstein, Nephrolithiasis. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 51. Ver.-Beil. 1906.

615) Rosenstein, P., Ueber Nierensteinoperation bei einer Einnierigen; zugleich ein Beitrag zum Vorkommen von Cystinsteinen. Verhandl. d. deutschen Ges. f. Chir. XXXVI. Congress 1907.

616) Rotky, H., Ein mittelst Radiographie diagnosticirter Fall von Nephrolithiasis. Prag. med. Wchnschr. XXXII. 28. 1907.

617) Sheild, A. M., A case of gigantic renal calculus. Lancet Oct. 15. 1904.

618) Shenton, Edw., Urinary calculus and its detection with the X-rays. Lancet Sept. 15. 1906.

619) Smart, Morton, A lecture on the X-ray diagnosis of renal calculus. Brit. med. Journ. Sept. 16. 1905.

620) Stewart, D., Concerning the obscurity of diagnosis sometimes attending stone in the kidney; with report of cases. Amer. Journ. of med. Sc. CXXX. 2. 1905.

621) Straus, F., Steinniere. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 29. Ver.-Beil. 1906.

622) Sutton, B., Kidney which contained more than forty thousand iridescent calculi. Brit. med. Journ. Jan. 21. 1905.

623) Tenney, B., The diagnosis of renal and ureteral calculi. Boston med. a. surg. Journ. June 8. 1905.

624) Thorndike, P., Notes on operations for renal and ureteral stone. Boston med. a. surg. Journ. June 8. 1905.

625) Thorndike, P., Cases illustrating a few points in the operative treatment of renal calculus. Amer. Journ. of Surg. Sept. 1905.

626) Treplin, Ueber doppelseitige Nierensteine. Arch. f. klin. Chir. LXXIV. 4. p. 868. 1904.

627) Vernescu, D., Pyelonephritis calculosa mit congenitalem Fehlen einer Niere. Anurie, Tod, Nekropsie. Spitalul. 8—9. 1904.

628) Watson, F. S., Renal calculus; nephrolithotomy; recovery. Boston med. a. surg. Journ. Febr. 23. 1905.

629) Wiesel, Zur Casuistik der Nephrolithiasis. Arch. f. physik. Med. u. med. Techn. I. 2—3. 1906.

630) Wilms, Die Ursache der Kolikschmerzen bei Darmleiden, Gallensteinen u. Nierensteinen. Münchn. med. Wchnschr. LI. 31. 1904.

631) Zubel, E., Zur Diagnose, Prophylaxe u. endovesikalen Therapie incarcerirter Ureterensteine. Ztschr. f. Urol. I. 10. 1907.

Die Diagnose von Nieren-, Nierenbecken- und Uretersteinen ist durch die verbesserte Technik der Radiographie immer sicherer und sicherer geworden. Therapeutisch hat die conservative Nephro-Pyelolithotomie bei aseptischer oder nur leicht inficirter Steinniere zunehmend bessere Erfolge aufzuweisen.

Nach einem kurzen Ueberblicke über die Geschichte der *Nephrolithiasis* bespricht Kümmell (585) zunächst die Aetiologie dieser Erkrankung, soweit sie bekannt ist. Wir wissen, dass Fremdkörper und Parasiten bei der Entstehung von Steinen eine grosse Rolle spielen, dass es auch zu Conkrementbildung um Bakterienanhäufungen oder Epithelfetzen kommen kann. Bekannt ist auch der Zusammenhang zwischen Steinbildung und Rückenmarksverletzungen. Bei der ungeheueren Mehrzahl der Steine aber bleibt uns die Ursache unbekannt.

Die Folgezustände der fertigen Steine sind verschieden, je nachdem der Urin aseptisch bleibt oder nicht. Im ersteren Falle kommt es nur zu Schrumpfungsvorgängen, im zweiten Fallo tritt Eiterung ein. Bei länger dauernder Erkrankung kommt es stets zu Betheiligung der zweiten Niere, zunächst in Form von compensatorischer Hyper-

trophie, bei septischen Erscheinungen aber auch zu Uebergreifen des septischen Processes auf Ureter und Blase und aufsteigend auf die andere Niere.

Vom theoretischen Standpunkte aus kann man die Nierensteine in primäre, die sich als Niederschläge von Harnsalzen bilden, und in sekundäre eintheilen, die bei schon länger bestehenden krankhaften Veränderungen des Nierenbeckens und der Kelche entstehen. In praktischer Hinsicht rechnet man besser mit der Thatsache des aseptischen und des inficirten Steines. Aseptische primäre Nierensteine können bis zum Lebensende des Kranken symptomenlos verbleiben. In der Regel zeigen sich jedoch Symptome verschiedener Art, von denen aber keines ganz charakteristisch ist. In den meisten Fällen lässt uns das Bestehen von Schmerzen, Blutung und Abgang von Steinen das Vorhandensein einer Nephrolithiasis als unzweifelhaft erscheinen und jedes einzelne dieser Symptome ist wichtig. Mit Sicherheit lässt sich die Diagnose Nephrolithiasis nur durch die Röntgenuntersuchung stellen, da bei den heutigen technischen Hülfsmitteln fast jeder Stein auf der Platte sichtbar gemacht werden kann und andererseits bei Fehlen eines Steinschattens Nephrolithiasis ausgeschlossen werden kann. Grosse Steine sind mitunter der Palpation zugänglich.

Bei der Behandlung können wir die funktionelle Nierendiagnostik und den Ureterenkatheterismus nicht entbehren. Was die Kryoskopie des Blutes betrifft, so ergeben sich nach K. folgende Schlussfolgerungen: „1) Bei intakten Nieren ist die molekulare Concentration des Blutes eine constante und entspricht im Durchschnitte einem Gefrierpunkte von 0.56. Dieses Resultat wurde bei über 1000 Untersuchungen gewonnen. Bei elenden anämischen Individuen kommen Werthe von 0.55, sogar bis 0.53 und 0.52 vor. 2) Einseitige Erkrankung bedingt keine Störung des Gefrierpunktes des Blutes. 3) Der normale Gefrierpunkt im Durchschnitte, $\delta = 0.56$, beweist nur, dass so viel normales funktionirendes Nierengewebe vorhanden ist, als zur vollständigen Ausscheidung der Stoffwechselprodukte nothwendig ist."

K. hat wegen Nephrolithiasis bei 96 Patienten im Ganzen 104 operative Eingriffe vorgenommen: a) 46 aseptische oder nur leicht inficirte Steine wurden durch die Operation entfernt. Alle Patienten wurden geheilt. b) Bei 44 wegen schwer inficirter Steine operirten Patienten ereigneten sich 3 Todesfälle. In 20 dieser Fälle wurde die primäre Nephrektomie vorgenommen, ohne dass ein Todesfall zu verzeichnen war. Die 3 Todesfälle ereigneten sich bei 24 Nephrotomien (Sepsis, Blutung, Empyem). Bei 8 sekundären Nephrektomien und einer Pyelotomie trat Heilung ein. c) Von 6 Kranken mit Anuria calculosa starben 4 im Anschlusse an die Operation, 1 im Coma diabeticum, 1 wurde geheilt.

Was die Wahl der Operation betrifft, so stehen uns 3 Wege offen: Die Pyelotomie, die Nephrotomie und die Nephrektomie. Die erstere wird nur sehr selten angewendet, die Nephrotomie ist das gebräuchlichste Verfahren, der Nephrektomie ist bei schwer inficirter Niere, die Gesundheit der anderen vorausgesetzt, der Vorzug zu geben.

Im Allgemeinen ist K. ein Anhänger der Frühoperation.

Perthes (604) hat einen Vortrag *über die chirurgische Bedeutung der Nephrolithiasis mit besonderer Rücksicht auf die Indikationsstellung* gehalten. Für die aseptischen und uncomplicirten Nierensteine ist die Indikationsstellung umstritten. Perthes empfiehlt *Entscheidung auf Grund der Röntgenbilder*. Steine von Erbsengrösse und darüber, also die Steine, die wir mit der heutigen Röntgentechnik mit Sicherheit nachweisen können, können den Ureter nicht oder nicht ohne Gefahren passiren. Ihr Verweilen im Nierenbecken bedingt die Gefahren späterer Complikationen, Gefahren, die höher zu veranschlagen sind, als die Gefahr einer aseptischen Nephrolithotomie. Es empfiehlt sich beim Nierenstein, ebenso wie beim Blasenstein, die Operation wenn irgend möglich im aseptischen Stadium auszuführen und nicht auf den Eintritt dringender Indikation durch Complikationen zu warten.

In einem Vortrage über *doppelseitige Nierensteinerkrankung* bespricht Treplin (626) die in den letzten Jahren von Kümmell ausgeführten Operationen.

Dabei werden nur berücksichtigt: 1) Diejenigen Fälle, in denen durch plötzlichen Verschluss beider Ureteren durch Conkremente eine totale Anurie herbeigeführt wurde. 2) Diejenigen, in denen es durch den Druck grosser, doppelseitiger, das ganze Nierenbecken ausfüllender Steine zu einer das Leben bedrohenden Schädigung der Gesammtnierenfunktion gekommen war.

Während es sich bei den Patienten der 1. Gruppe fast ausnahmslos um primäre Steine handelte, waren diejenigen der 2. Gruppe stets sekundäre Steine, die sich im Anschlusse an eine Cystopyelitis gonorrhoica und in 2 Fällen im Anschlusse an eine Nierentuberkulose gebildet hatten.

Wegen völliger Anurie wurden 5 Pat. operirt; von diesen genasen 2, starben 3.

Die Anurie hatte jedesmal 3—5 Tage bestanden. Es handelte sich stets um echten Steinverschluss. Es war niemals nöthig, an das unwahrscheinliche Bild der reflektorischen Anurie zu denken. Der Verschluss war durch Cystoskopie und Ureterensondirung festgestellt. Die Kryoskopie des Blutes ergab bei allen sehr niedrige Gefrierpunktwerthe — bis 0.67 — vor der Operation.

Es wurde stets diejenige Niere operativ in Angriff genommen, die scheinbar zuletzt durch den Ureterverschluss geschädigt war, in der Voraussicht, dass diese als die weniger geschädigte am ehesten im Stande wäre, die volle Funktion wieder aufzunehmen. Bei den 2 genesenen Patienten stellte sich bald die volle Funktion wieder her, was sich

durch das Steigen des Blutgefrierpunktes auf 0.57° anzeigte. Es wurde bei beiden nun einseitig operirt und der Stein aus dem oberen Theile des Ureters entfernt. Die andere Niere wurde nicht befreit, da es zweifelhaft erschien, ob man den Pat. durch die Operation noch Nutzen bringen könnte.

Anders ist es in der zweiten Art von Fällen, bei den mit grossen, beide Nierenbecken einnehmenden Steinen behafteten Patienten. Hier muss man, um die Funktion wieder herzustellen, beiderseits operiren, da die einzelne Niere meist zu sehr geschädigt ist, um die volle Funktion übernehmen zu können.

6 derartige Fälle kamen zur Beobachtung. Sie hatten meist in der Diagnose Schwierigkeiten gemacht, da die Steine bei ihrer Grösse keine Koliken verursachten, auch nicht zu stärkeren Blutungen führten. Durch Röntgenbild wurde das Vorhandensein der Steine festgestellt. Wenn dann die Ureterensondirung und die Kryoskopie von Blut und Urin eine schwere Schädigung der Nieren erkennen liessen, handelte es sich um die Frage, welche Niere zuerst in Angriff zu nehmen sei. Es wurde stets die stärker geschädigte zuerst operirt.

Alle Operirten genasen bis auf einen, der an Phthise zu Grunde ging. Die Nierenfunktion hat sich bei allen wesentlich gebessert.

Tr. stellt folgende Schlusssätze auf: „1) Es muss bei plötzlichem Verschluss und Anurie, sowie bei sehr grossen doppelseitigen Steinen möglichst bald operirt werden. 2) Während im ersten Falle einseitige Operation oft bereits genügt, muss bei grossen Steinen stets doppelseitig operirt werden. 3) Während man im ersten Falle die voraussichtlich bessere Niere zuerst in Angriff zu nehmen hat, muss man bei der zweiten Kategorie von Fällen die geschädigtere zuerst befreien. 4) Zur Feststellung, welche die geschädigtere Niere ist, ist eine Sondirung beider Ureteren unumgänglich nothwendig mit folgenden kryoskopischen Dichtebestimmungen der gesondert aufgefangenen Urine. 5) Von einer Heilung kann man erst dann sprechen, wenn die Blutgefrierpunktserniedrigung wieder normal ist."

In einer grösseren Arbeit über die *Röntgenstrahlen im Dienste der Urologie* stellt Blum (547) folgende Sätze auf: „1) Der radiographische Nachweis eines Nierenconkrementes ist mit Ausnahme weniger seltener Fälle von direkter Palpation das einzige sichere, objektive Zeichen der Nephrolithiasis. 2) Der radiographische Nachweis von primären und sekundären Conkrementen im Nierenbecken ist fast immer möglich; der negative Ausfall der Nierendiagraphie ist allerdings nicht unbedingt beweisend für das Nichtvorhandensein eines Conkrementes. 3) Grundbedingung für die Verwerthbarkeit dieser positiven und negativen Resultate ist eine tadellose Technik. 4) Bei einseitigen Nierensteinsymptomen genügt es nicht, diese Niere allein zu röntgenisiren; es können sämmtliche auf eine Niere bezogenen Symptome von Nephrolithiasis durch einen im anderen Nierenbecken gelagerten Stein veranlasst sein (retrorenaler Reflex). 5) Durch die Radiographie, eine vollkommen gefahrlose und sichere Untersuchungsmethode, gelingt es in der Regel, die Frühdiagnose des Nierensteinleidens zu machen, die es ermöglicht, bei kleinen Conkrementen eine interne Medikation einzuleiten und das Verschwinden der Conkremente festzustellen. 6) Bei grösseren Nierensteinen belehrt uns das Röntgenverfahren, ob noch Aussicht vorhanden ist, dass das Conkrement auf normalem Wege spontan passiren kann, oder ob ein chirurgischer Eingriff nöthig ist; es ist auch das einzige Verfahren, im anfallsfreien Intervall sowohl den Arzt, als auch den Kranken von der Nothwendigkeit der Operation zu überzeugen. 7) Bei beiderseitigen Nierensteinen gewinnen wir aus dem Radiogramm werthvolle Anhaltspunkte, welche von beiden Nieren zuerst operirt werden muss. 8) In Fällen von Anurie ist das Röntgenverfahren in der Regel das einzige diagnostische Hülfsmittel zur Erkennung des Nierensteinleidens."

Kelly (579) bespricht seine Methode der *Diagnostik der Nieren- und Harnleitersteine.*

Sie besteht darin, dass er zuerst einen Harnleiterkatheter an der Spitze mit einer Mischung von Olivenöl und geschmolzenem Wachs (2 Theile Wachs, 1 Theil Oel) überzieht und an der Luft trocknen lässt. Er erhält somit einen für jegliche Rauhigkeit äusserst empfindlichen Ueberzug. Nach Einführen des Blasenspeculum sucht K. die Harnleitermündung auf und führt den Katheter in den Harnleiter ein. Findet sich in diesem oder dem Nierenbecken ein Stein, so entsteht an der gewachsten Spitze eine Kratzmarke. Irrthümer können entstehen, wenn die Spitze mit dem vesikalen Ende des Speculum oder wenn beim Herausziehen des Katheters die Spitze mit den Schamhaaren in Berührung kommt; ausserdem wenn beim Erhärten das Wachs sich unregelmässig zusammenzieht. In allen diesen Fällen können kleine Kratzer entstehen, die als von Conkrementen herrührend angesehen werden. Zur Vermeidung solcher Irrthümer soll man den Katheter nicht eher einführen, als bis man die Harnleiteröffnung gut eingestellt hat; des Weiteren soll man, um die Haare fern zu halten, beim Herausziehen des Katheters die Vulva gut auseinander ziehen; endlich soll man vor Beginn der Untersuchung die Spitze des Katheters auf eventuell schon vorhandene Schrunden untersuchen.

Die Schwierigkeiten der exakten Lokalisation sucht K. dadurch zu überwinden, dass er in Abständen kleine Wachsperlen am Katheter anbringt oder indem er den ganzen Katheter wachst. Sitzt ein Stein tief im Harnleiter, so entsteht an jeder Perle eine Kratzmarke oder, wenn der Katheter ganz gewachst wird, eine continuirliche Marke. Durch Messung des Kratzers, bez. der Anzahl der gezeichneten Wachsperlen lässt sich die Entfernung des Steines vom oberen Pol des Nierenbeckens bestimmen.

K. hat bis 1900 in 30 Fällen den Katheter zu diagnostischen Zwecken eingeführt. 24mal fanden sich Kratzmarken am Katheter, und die Diagnose wurde durch die Operation bestätigt. Von den 6 übrigen Fällen, in denen die Untersuchung negativ ausfiel, handelte es sich 3mal um dieselbe Patientin. Im 4. Falle lag der Stein in einer Abscesshöhle, in der ihn der Katheter nicht erreichen konnte.

Digitized by Google

In diesen Fällen konnte die Diagnose durch Röntgenstrahlen gestellt werden. Bei dem 5. Kr., der nach der positiven Röntgenuntersuchung mittels Katheter untersucht wurde, handelte es sich um einen Phlebolithen. In Fall 6 operirte K., obgleich sowohl Röntgen-, als auch Katheteruntersuchung negativ war, ohne etwas zu finden, obwohl die Symptome scheinbar beweisend waren.

Die Röntgenuntersuchung allein hält K. im Allgemeinen für zu schwierig und unsicher.

Leonard (588. 589) misst der *Röntgendiagnostik für Nieren- und Harnleitersteine* mit Recht eine sehr wichtige Bedeutung bei. Die Röntgenaufnahme sollte bei keiner Nierenkrankheit, der Sicherheit wegen auch nicht bei den „medicinischen", fehlen. Ein Nierenstein verlangt unbedingt die Operation, keineswegs thut dieses aber ein Harnleiterstein, der an und für sich häufiger ist, als der Nierenstein. Was die Harnleitersteine angeht, so pflegen sie sich an 3 Stellen des Harnleiters festzusetzen, an der Kreuzungstelle der Arteria iliaca, im Beginne der juxtavesikalen Portion des Harnleiters und vor der Blasenoinmündungstelle. An allen diesen 3 Stellen ist der Stein unter Umständen direkt, sei es von oben oder durch Mastdarm oder Scheide zu tasten. Der Harnleiterstein geht in den weitaus meisten Fällen spontan ab, so in 26 Fällen VIs., unter geeigneter Behandlung (Mineralwässer, Buttermilch, eventuell Massage von Mastdarm oder Scheide aus). Ein Kolikanfall ist als günstiges Zeichen und auf baldige Genesung hinweisend anzusprechen; es ist unzweckmässig, ihn durch absolute Ruhelage abzukürzen. Je nach dem Sitze des Steines zeigt der Anfall ein gänzlich verschiedenes Symptomenbild.

Die Röntgendiagnostik möchte L. unter keinen Umständen bei dem Leiden mehr entbehren; sie ist nach positiver und negativer Seite hin allen anderen Untersuchungsmethoden überlegen: unter 330 untersuchten Fällen fanden sich weniger als 3% Irrthümer. Die Methode ist dabei gefahrloser als Harnsegregation, Harnleiterkatheterismus, Cystoskopie und Sondiren der Blase, obwohl diese Hülfsmittel natürlich ihren Werth als solche behalten. Die Gleichheit der Röntgenstrahlen bei der Aufnahme ist wichtig; die Röhre muss während der ganzen Aufnahme in demselben Vacuumgrad erhalten bleiben. Man soll mit 20 oder weniger Volt arbeiten; eine Compressionblende ist dann nicht nöthig. Die diffusen Strahlungen entstehen aus dem Gebrauche höherer Voltmengen.

Kunith (586) berichtet über 3 von Neumann erfolgreich operirte *Nierensteinkranke*. Alle 3 Fälle waren complicirterer Art.

1) Bei der 36jähr. Pat. begannen 1 Jahr nach ihrer ersten Entbindung und 4 Jahre vor ihrer Aufnahme linkseitige Nierenkoliken. 2mal gingen Steine durch die Harnröhre ab. Seit 4 Tagen vor der Aufnahme bestanden wieder heftige Nierenkoliken mit Erbrechen. Zuerst wurde ein nachweisbarer grosser Abscess in der linken Nierengegend eröffnet. Später wurde namentlich auf Grund der cystoskopischen Untersuchung — aus dem linken Ureter quoll reiner Eiter, aus dem rechten kam reiner Urin — die Nephrektomie vorgenommen. Sie gestaltete sich sehr schwierig. Beim Eingehen an der gewöhnlichen Stelle wurde erst die Pleura zweifingerbreit unterhalb des Rippenbogens eröffnet, dann die Milz, die für die cyanotische Niere wegen ihrer der Niere entsprechenden Lage gehalten wurde, aus ihren Verwachsungen ausgeschält und dabei die Bauchhöhle eröffnet. Schliesslich fand man die Niere, die ein Pyonephrosensack war und 7 Steine enthielt, neben und oberhalb der linken Articulatio sacroiliaca. Der Ureter verlief erst nach oben und dann spitzwinklig nach unten. Die Niere wurde entfernt. Die Kr. genas, ohne dass eine Infektion der Brust- und Bauchhöhle eintrat.

Die Dystopie der Niere war als eine erworbene anzusehen. Wie sie entstanden ist, ist nicht klar.

2) Bei der 27 Jahre alten Pat. lag ein doppelseitiges Nierensteinleiden vor; rechts war ein Stein im Ureter eingeklemmt, und ausserdem bestand eine Schwangerschaft, die unterbrochen werden musste. Der 1. Entbindung, etwa ¾ Jahr vor der Aufnahme, war Wochenbettfieber gefolgt. Während dessen und schon während der 2. Hälfte der Schwangerschaft traten Schmerzen in der rechten Nierengegend auf, die während der zur Zeit der Aufnahme bestehenden 2. Schwangerschaft stärker wurden. In den letzten Tagen vor der Aufnahme traten ein ½ Tag währender Kolikanfall und mehrere kürzere auf. Das Röntgenbild zeigte rechts neben dem 2. Lendenwirbel einen bohnengrossen Schatten. Deswegen und wegen des anderen für Nierensteine sprechenden Befundes wurde operirt und aus dem Ureter dreifingerbreit oberhalb seiner Einmündungstelle in die Harnblase ein eingeklemmter Nierenstein entfernt.

4 Wochen später begannen Kolikanfälle der linken Niere. Nun wurde die Schwangerschaft, die durch die Operation nicht gestört war, künstlich unterbrochen, weil die Frau leicht durch Insuffizienz der Nieren in eine allzu lebensgefährliche Lage hätte kommen können. Das Röntgenbild zeigte auch hier Steinschatten. Es wurden mehrere Steine durch Operation entfernt. Pat. genas und ist gesund geblieben.

3) Die 51jähr. Kr. wurde im Januar 1907 wegen Gallensteinileus operirt; die eine Hälfte des Steines wurde aus dem unteren Ileum operativ entfernt, die andere ging mit dem Stuhle ab. Einige Monate später bemerkte die Kr. Blutgerinnsel im Urin und bekam Schmerzen in der rechten Lendengegend. Das Röntgenbild zeigte innerhalb des Schattens der Nierenconvexität einen grossen, runden Steinschatten. Es wurden ein grösserer und mehrere kleinere Nierensteine entfernt. Pat. genas. Gallen- und Nierensteine enthielten viel Kalk.

Liehtheim (591) beobachtete eine Kr., bei der ein grosser *Nierenstein durch die Bauchdecken hindurch gefühlt werden konnte*. Am medialen Rande der grossen rechten Niere fühlte man eine durch die harte Consistenz von der weichen Niere leicht abgrenzbare Masse. Das *Röntgenbild* zeigte an dieser Stelle einen Schatten, dessen nach oben convexer Rand nach unten spitz verlief, augenscheinlich ein Harnstein, der das ganze Nierenbecken erfüllte und bis in den Anfangstheil des Ureters reichte. Lateralwärts schickte er einen Fortsatz — vielleicht handelte es sich um einen zweiten Nierenstein — in einen Nierenkelch.

Bland-Sutton (546) entfernte bei einem 38jähr. Kr. die rechte vergrösserte *Steinniere*, deren Parenchym fast vollkommen zerstört war. Neben 10 grösseren Conkrementen enthielt die Niere über 40000[!] kleinste irisirende Conkremente, deren Farbe die „idten Goldes" war. Der Kern bestand aus Calciumoxalat, die Schale aus Calciumphosphat. Der Kr. hatte seit 15 Jahren Nierenschmerzen gehabt, ein Stein soll niemals abgegangen sein.

Burgos (552) hat bei einer 57jähr. Kr. mittels *Nephrolithotomie* ein 155 g schweres Conkrement entfernt, das 12 cm lang war und dessen grösster Umfang

13½ cm betrug. 4½ Stunden nach der Operation starb die Kr. ganz plötzlich an Synkope, wohl veranlasst durch einen sehr grossen Kropf.

Federici (567) berichtet über einen jungen Mann, der mit Schmerzen in der Blinddarmgegend, Stuhlverstopfung, remittirendem Fieber ohne Schüttelfrost erkrankte. Erst nach 3—4 Tagen stiegen die Schmerzen mehr in die Höhe und nach hinten nach der Nierengegend zu. Es zeigte sich dort tiefe Fluktuation und es entleerte sich bei der Incision Eiter und ein *Stein*. Die Schmerzhaftigkeit an dem Mc Burney'schen Punkte ist, wie dieser Fall wieder zeigt, nicht beweisend für das Vorhandensein einer Appendicitis.

Aus der v. Hacker'schen Klinik berichtet Fischer über eine 29jähr. Kr. mit *hydronephrotischer Steiniere*. Mittels Nephrolithotomie wurden 3 grosse, sowie zahlreiche kleine Nierensteine, die hauptsächlich aus phosphorsaurem Kalk bestanden, entfernt. An der *Beckenmündung des Ureters* fand sich eine *Kloppenreutlverengerung*. Die Beckenmündung des Ureters wurde in Folge dessen längs geschlitzt und dann nach Art der Pyloroplastik quer vernäht. Naht des Nierenbeckens u. s. w. *Heilung* mit Durchgängigkeit des Ureters.

Der von tieraud (572) mitgetheilte Fall von *Pyelonephritis calculosa* bei einem an *Malaria* leidenden Unterofficier bietet insofern Interesse, als die Nierenciterung in der linken Seite nach aussen durchbrach und 2 Fistoln hinterliess. Aus einer dieser Fisteln entleerte sich spontan ein Nierenstein, ein 2. Nierenstein lag noch in einem der Fistelgänge. Gelegentlich der linkseitigen Nephroktomie wurde auch dieser Stein entfernt. Die linke Niere war fast völlig zerstört, im sehr erweiterten Nierenbecken lag noch ein 3. Stein. Alle 3 Steine bestanden aus oxalsaurem Kalk. Der Operirte wurde gesund.

Johnsen (577) berichtet über einen von Pelz in Osnabrück *durch Operation entfernten Riesennierenstein*. Der 52jähr. Kr. hatte seit Jahren rechtseitige Nierensteinbeschwerden. Der rechten Niere entsprechend fand sich ein etwa kindskopfgrosser Tumor. Urin trüb, fast jauchig stinkend, Freilegung der rechten Niere durch v. Bergmann'schen Lumbalschnitt. Ungeheurer Nierenstein, der fest von dem atrophischen Nierengewebe umschlossen war. Das Conkrement konnte nur mit Opferung der Niere entfernt werden. *Heilung*. Das Conkrement wog 339 *g*. Die Maasse waren 14.1:33.5:28.5 cm. Die krystallisirte weisse Aussenmasse bestand der Hauptmenge nach aus phosphorsaurem Ammoniak-Magnesia mit wenig phosphorsaurer Kalkerde.

P. Krause (583) berichtet über einen 28jähr. Kr. mit *doppelseitiger Nephrolithiasis*. Die Röntgenuntersuchung ergab in der rechten, wie in der linken Niere je einen taubeneigrossen Schatten. Beiderseitige *Nephrolithotomie* innerhalb 6 Wochen. *Heilung*. Bemerkenswerth war in diesem Falle, dass es sich um je einen einzelnen Stein von der Grösse einer kleinen Wallnuss in jeder Niere handelte, der einmal im Nierenbecken, das andere Mal in der Nierensubstanz sich vorfand. Sodann fiel die geradezu immense Vergrösserung der Nieren, besonders der rechten auf, die die Grösse einer normalen um ungefähr das Zehnfache übertraf. Die Operation stiess deshalb auf besondere Schwierigkeiten.

Einen sehr interessanten Beitrag zur *Nieren- und Ureterenchirurgie* liefert Lüning (593). Es handelte sich um eine normal gebaute 30jähr. Erstgebärende, die durch eine forcirte Zangenentbindung Verletzungen des Mastdarmes, der Blase und des rechten Haraleiters davongetragen hatte. Es kam zu einer aufsteigenden schweren Infektion beider Nieren. Durch das Vorhandensein *doppelseitiger Pyonephrose mit Steinbildung* und deren Complikation mit *completer Obliteration des rechten Ureters* war ein das Leben direkt bedrohender Zustand von Urämie und eine operative Situation geschaffen worden, die nicht nur categorisch erheischte, zunächst der indicatio vitalis Rechnung zu tragen, sondern diese Aufgabe auch durch die absolute Unmöglichkeit der radikalen Beseitigung der einen oder anderen Niere durch Nephrektomie auf's Aeusserste erschwerte. Trotzdem gelang es auf dem Umwege einer *doppelseitigen Nephrostomie* die schwer erkrankten Nieren einer wenigstens relativen Heilung entgegenzuführen und sodann die Wegsamkeit des verschlossenen *rechten Harnleiters durch Neueinpflanzung in die Blase* wieder herzustellen. Beseitigung der Blasen-, Damm- und Mastdarmverletzungen. *Heilung*.

Oraison (600) berichtet über 2 Fälle von *Steinniere*.

Der 1. Fall betraf eine 30jähr. Frau, die seit ihrem 22. Jahre an Steinbeschwerden gelitten hatte. Es entwickelten sich schliesslich die Symptome einer schweren *septischen Steiniere*. Durch die Nephrotomie wurde ein 107 *g* schweres Conkrement zu Tage befördert. 3 Tage nach der Operation Tod im Koma. Die genaue Untersuchung der operirten Niere ergab, dass sich im Nierenbecken ausserdem ein verhältnissmässig grosses Pflasterzellenepithelom entwickelt hatte.

Der 2. Fall ist ein typisches Beispiel für eine *aseptische Steiniere*. Bei dem 27jähr. Kr. wurde mittels Nephrolithotomie ein haselnussgrosses Conkrement entfernt. *Heilung*.

Patel (602) theilt einen Fall von *Néphrite lithiasique polykystique* mit: Die 49jähr. Kr. hatte schon seit langen Jahren an linkseitigen Nierensteinkoliken gelitten; mehrmals waren auch schon kleine Steinchen abgegangen. Seit 6 Tagen vollkommene Anurie. In der linken Lendengegend eine grosse, schmerzhafte Resistenz; auch die rechte Lendengegend war nicht frei. Die lumbale Freilegung der linken Niere ergab das stark vergrösserte und nach der rechten Fossa iliaca zu sich erstreckende Organ mit zahlreichen Cysten bedeckt. Wegen der Schwierigkeit der Nephrotomie wurde nur eine möglichst ausgedehnte Enthülsung vorgenommen. Die nächsten beiden Tage reichlicher Urinabgang, dann wieder Anurie, Koma, Tod. Die *Sektion* ergab doppelseitige Steiniere, chronische Nephritis mit ausgedehnter Cystenbildung, so dass eine cystöse Nierendegeneration vorgetäuscht war.

Pélieand (603) konnte bei einer 4tjähr. Kr. mit *Steinsymptomen* durch Radiographie nachweisen, dass die rechte Niere 2, die linke Niere 3 Conkremente enthielt. *Doppelseitige Nephrolithotomie* in einem Zwischenraume von 4 Wochen. *Heilung*.

Sheild (617) theilt einen Fall von *Riesennierenstein* mit. Der Stein hatte ca. 4 Jahre verhältnissmässig geringe Beschwerden gemacht, die sich indessen allmählich steigerten. Es bildete sich im Laufe der Zeit eine vom Rippenbogen bis zum Poupart'schen Bande reichende, rundliche, feste, sehr druckempfindliche Geschwulst in der linken Flanke, die sich nicht mit der Athmung bewegte. Der Umfang des entfernten, abgebildeten Steines betrug ca. 10 Zoll, seine Länge 5½ Zoll, sein Gewicht in getrocknetem reinen Zustande 1 Pfund und ½ Unze. Des Weiteren führt Sh. noch andere Fälle von grossen Nierensteinen theils aus eigener Praxis, theils aus der englischen Literatur an und erwähnt den über 2 Pfund schweren Stein im Museum von St. Bartholomews Hospital. Seinen hier beschriebenen Nierenstein hält Sh. für den grössten bislang mit Erfolg operirten.

Straus (621): 54jähr. Kr. mit grosser, die linke Bauchseite einnehmender *Steinniere;* normale Funktion der rechten Niere. *Nephrektomie*, glatte Heilung. In der 5. Woche *Anurie;* nach 48 Stunden Freilegung der zurückgebliebenen Niere; sie war vergrössert und stark gespannt, Nierenbecken frei. *Dekapsulation*. Weitere 2 Tage dauernde Anurie. In der Nacht vom 4. zum 5. Tage Einsetzen der Diurese. Ursache der Anurie war ein *Ureterstein*. *Heilung*.

Vernescu (627) theilt einen sehr interessanten Fall von *Pyelonephritis calculosa* mit: *Tod an Anurie; angeborenes Fehlen der anderen Niere.*

In einer Arbeit *über Complikation von Blasenstein mit anderweitigen Steinbildungen im Harnsysteme* berichtet Paschkis (601) auch über je einen Fall von *Blasenstein und Ureterenstein* und *Blasenstein und*

Nierenstein. In beiden Fällen, in denen die Diagnose radiographisch gesichert war, wurden die Conkremente operativ entfernt.

Ueber *Nierensteinoperation bei einer Einnierigen* berichtet Rosenstein (614. 615); er erzählt von einer seit ¾ Jahr geheilten 25jähr. jungen Dame, der 1½ Jahre vorher die rechte Niere wegen eines vereiterten Steinleidens exstirpirt worden war; jetzt schmerzhafte Beschwerden an der linken Seite, hin und wieder Erbrechen, Kopfschmerzen und trüber, farbstoffarmer, mitunter blutiger Urin; suburämische Anfälle; auf dringendes Verlangen der Pat. entschloss sich R. zur Nephrotomie. Sehr verdünntes Parenchym, im Wesentlichen nur ein Sack mit Steinen; Herausnahme von 35 Steinen zwischen Erbsen- und Wallnussgrösse; Drainage des Nierenbeckens. Nach anfangs stockender Urinsekretion reichliche Diurese und Heilung der Wunde innerhalb 3 Wochen. Seitdem gute Erholung und beschwerdefreies Befinden. Die chemische Analyse der Steine ergab reines Cystin; im Sediment weder vorher, noch nachher Cystinkrystalle.

Eine gesunde verheirathete Schwester hat reichliche Cystinkrystalle im Urin.

In einer Arbeit: *Zur Kenntniss der sogen. Eiweisssteine der Niere und über die Ausscheidung membranöser Massen aus dem uropoetischen Systeme* berichten Morawitz und Adrian (694) aus der v. Krehl'schen Klinik über eine 44jähr. Kr., die unter den Erscheinungen schwerer rechtseitiger Nierenkoliken eigenthümliche Membranen mit dem Urin entleerte. Später wurde dann von Hofmeister (Stuttgart) die *rechte Niere exstirpirt*, und zwar mit günstigem, bleibendem Erfolge. Es handelte sich um eine *alte Steinniere*, die 30—40 steinähnliche, eigenthumlich weiche Conkremente enthielt; sie waren dunkelbraun, bis zur Grösse einer Saubohne. Auf dem Querschnitte zeigten die Conkremente eine concentrische Schichtung; die grösseren bestanden aus ca. 10 gut abgrenzbaren Schichten, von denen die äusseren nur noch lose mit dem Conkremente zusammenhingen und sich leicht mehr oder weniger vollständig in Form von weichen, membranösen Fetzen abziehen liessen. Chemisch bestanden diese Schichten aus Eiweiss, bez. einer schwer löslichen eiweissartigen Substanz. Manche Steine hatten einen weisslichen, harten Kern, der aus Calciumphosphat bestand. Harnsäure war in den Steinen chemisch nicht nachzuweisen.

M. u. A. stellen folgende Schlusssätze auf: „1) Das Vorkommen von sogen. *Eiweisssteinen* (Fibrinconkretionen, Faserstoffsteinen) der Niere stellt einen sehr seltenen, aber doch nicht ganz vereinzelten Befund dar. 2) In dem vorliegenden Falle bestanden die Steine aus einer schwer löslichen, eiweissartigen Substanz; der bei einzelnen Conkrementen sich vorfindende Kern aus reinem Calciumphosphat. 3) Die näheren Bedingungen, unter denen es zur Bildung dieser Gebilde kommt, sind uns zur Zeit noch unbekannt: bakterielle Einflüsse scheinen dabei nicht im Spiele zu sein. 4) Die mit dem Urin gelegentlich unter schweren Nierenkoliken entleerten Membranen bestanden ebenfalls aus einem Eiweisskörper, dessen nähere Charakterisirung nicht möglich war. 5) Ein Zusammenhang dieser Fetzen mit den Conkretionen der Niere ergiebt sich aus der gleichen oder annähernd gleichen Zusammensetzung beider Körper: sie stammen zweifellos von der Oberfläche der Steine. 6) Die in den Membranen aufgefundenen verzweigten Bakterien stellen einen accidentellen Befund dar, der mit der Membranbildung in keinem Zusammenhang steht."

Ueber Blutungen nach der Nephrolithotomie berichtet Neuhäuser (599), ein Assistent von Israel. Die besonderen Gefahren der Nephrolithotomie liegen 1) in der Möglichkeit einer Infektion, 2) in der einer Blutung. Unter 131 Nephrolithotomien, die Israel vorgenommen hat, kam es 12mal (9%) zu bedrohlicher Hämaturie, die meist ein operatives Eingreifen erforderte. Der Eintritt und der Verlauf dieser Blutungen können sich verschiedenartig gestalten; wir können in der Hauptsache 2 Typen voneinander unterscheiden, zwischen denen Uebergänge vorkommen. Der erste wird durch Fälle gebildet, in denen die Blutung gleich mit der Operation beginnt und weiter andauert. Sie kann continuirlich Tage und Wochen lang gleichmässig stark sein, und, ohne besonders stark zu sein, eine allmähliche Herabsetzung der Kräfte und den Tod zur Folge haben. Unter Umständen kann auch eine plötzliche Steigerung der Blutung eintreten. Diesen Fällen gegenüber steht die 2. Gruppe, die der *Spätblutungen*. Sie können ganz rapide und unerwartet eintreten. 2 charakteristische Fälle dieser Art theilt N. mit; in beiden Fällen war die Nierenwunde nach Entfernung des Steines vollkommen durch die Naht geschlossen worden. Ungleich seltener kommt eine Blutung aus primär tamponirten Nieren vor, auch wenn der tamponirende Streifen so schonend wie möglich entfernt wird. Israel ist dieses 2mal passirt.

Können wir auch manche Nachblutungen durch die allgemeine Neigung zu Blutungen erklären, so bleibt doch die Mehrzahl der Fälle räthselhaft, und zwar gerade die der 2. Gruppe, bei der lange nach der Operation, zu einer Zeit, wo der Urin bereits blutfrei ist, eine plötzliche Hämorrhagie erfolgt. Wir können deshalb auch nichts thun, um die Hämorrhagien zu verhüten; wir müssen uns darauf beschränken, die einmal eingetretene Blutung zu bekämpfen. Das wirksamste Mittel dazu ist die Tamponade der Niere, die so gut wie immer zum Ziele führt. Sie ist aber, zumal wenn Narkose nöthig wird, durchaus kein gleichgültiger Eingriff.

Bei der *Pyelolithotomie* sind Blutungen erfahrungsgemäss viel seltener, leider aber kann diese Operation in keiner Weise mit der Nephrolithotomie conkurriren.

Das Ausstrahlen von *Nierensteinschmerzen* in den Hoden ist allgemein bekannt; dagegen scheint nie auf eine dabei vielleicht vorhandene Druckschmerzhaftigkeit des Hodens geachtet worden zu sein. Bittorf (545) macht darauf aufmerksam, dass *während des Nierensteinkolikanfalles eine ausserordentlich erhöhte Empfindlichkeit des gleichseitigen Hodens für selbst geringen Druck besteht.* Mit Schwinden des Anfalles und der Kolikschmerzen verschwindet auch die Druckempfindlichkeit. Die Wichtigkeit dieses Symptoms liegt nach B.'s Meinung in der Möglichkeit, rechtseitige Nieren- und Gallensteinanfälle in manchen unklaren Fällen eher voneinander zu trennen. Ferner sei an die mit-

unter sehr schwere Unterscheidung von Dickdarmaffektionen und Nierenerkrankungen erinnert. Bei Frauen scheint Druckschmerzhaftigkeit des Ovarium der gleichen Seite zu bestehen. Die Ursache dieses Symptoms ist wahrscheinlich in einer Reizung des Plexus spermaticus zu suchen.

XII. Wanderniere.

632) Alglave, P., Dispositions vicieuses du côlon ascendent provoquées par l'abaissement du rein droit. Revue de Chir. XXIV. 12. 1904.

633) Atlee, L. W., Dietl's crisis and some cases of movable kidney. New York a. Philad. med. Journ. April 15. 1905.

634) Bassler, A., Prophylactic measnres guarding against the development of Landau cases of viscoroptosis. Therap. Gaz. Sept. 15. 1907.

635) Beyea, H. D., Floating kidney; its significance and treatment, with special reference to a method of performing nephropexy. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XIX. 8. 1906.

636) Billington, Movable kidney from a surgical standpoint. Brit. med. Journ. Nov. 30. 1907.

637) Bishop, S., Mobile kidney, with a description of a new operation for its treatment. Brit. med. Journ. Oct. 5. 1907.

638) Bocchi, A., Per la diagnosi del rene mobile. Gazz. degli Osped. e delle Clin. 46. 1904.

639) Carstens, The ultimate results of kidney-fixation. Journ. of the Amer. med. Assoc. Mai 12. 1906.

640) Cawardine, Nephropexy by means of the application of strong carbolic acid and temporary support. Bristol med.-chir. Journ. March 1905.

641) Lucas-Championnière, Rein mobile. Tiraillement des capsules surrénales; Accidents nerveux et folie guéris par la fixation du rein. Bull. de l'Acad. de Méd. 24. 1907.

642) Da Costa, J. Ch., A modified operation for movable kidney. New York a. Philad. med. Journ. Aug. 4. 1906.

643) Da Costa, J. Ch., The surgery of movable kidney. Therap. Gaz. Nov. 1907.

644) Depage, A., E. Rouffart u. L. Mayer, La chirurgie des ptoses viscerales. Bruxelles 1904.

645) Doering, H., Beiträge zur Nierenchirurgie. Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXIV. 4—6. 1906.

646) Ebstein, W., Eine Mittheilung über Bauchbinden. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 24. 1906.

647) Eve, F., A note on nephropexy. Brit. med. Journ. Jan. 4. 1908.

648) Fiori, P., Considerazioni cliniche sopra 30 casi di nefropessi. Policlin. 7. 1906.

649) Fullerton, A., An operation for fixing movable kidney. Brit. med. Journ. Dec. 24. 1904.

650) Gallant, E., The long-waisted woman and her movable kidney. New York med. Record July 27. 1907.

651) Gardner, F., Fistules rénales consécutives à la néphropexie. Ann. des Mal. des org. gén.-urin. XXIII. S. 1905.

652) Gilford, H., The use of temporary silk sutures for the fixation of movable kidneys, and the result of this method in ten cases. Brit. med. Journ. Oct. 20. 1904.

653) Goelet, Method of suturing the prolapsed kidney. Ann. of Surg. Dec. 1903.

654) Goelet, A. H., The gynecological importance of prolapsed kidney. New York med. Record Oct. 22. 1904.

655) Harris, The influence of trauma in the production of movable kidney. Journ. of the Amer. med. Assoc. Febr. 13. 1904.

656) Héresco, P., Sur un cas de diabète insipide guéri par une intervention chirurgicale (néphropexie). Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris XXIX. p. 693. 1904.

657) Hofmann, M., Zur Technik der Nephropexie. Beitr. z. klin. Chir. XLII. 3. p. 613. 1904.

658) Ingianni, Cateterismo dell'uretere in uno caso di genicolatura di questo condotto e ritenzione. Policlin. 2. 1904.

659) Johnson, A. B., Some operative methods for the fixation of movable kidney and their result. New York med. Record March 19. 1904.

660) Jonesou, T., Die Nephropexie. Ein neuer operativer Vorgang. Revista de Chir. Juli 1905. — Centr.-Bl. f. Chir. XXXII. 47. 1905.

661) Legueu, F., Le rein mobile. Paris 1906. J.-G. Baillière et fils. 8. 96 S. mit 6 Textabbildungen.

662) Mackenzie, H., On mobility of the kidneys. Lancet Oct. 26. 1907.

663) Mariani, C., Proposta di nefropessi coll passaggio attraverso al rene del periostio della 12 costa resecata. Gaz. degli Osped. e delle Clin. XXV. 91. 1904.

664) Moullin, C. Mansell, Some unusual effects of movable kidney. Lancet Dec. 10. 1904.

665) Monzardo, G., Un nuovo metodo di nefropessi. Gazz. degli Osped. e delle Clin. 150. 1906.

666) Newman, D., Movable displacements of the kidney. Glasgow med. Journ. LXI. 4. 5. 6; LXII. 1. 3. 5; LXIII. 2. 1904.

667) Newman, Unique case of „floating" kidney in which nephrorraphy was successfully performed. Brit. med. Journ. Juni 18. 1904.

668) Noble, C. P., Some of the more unusual results of movable kidney. New York a. Philad. med. Journ. 28. 1904.

669) Picqué, L., Ectopie rénale et psychopathie, indications operatoires. Progrès méd. Mai 20. 1905.

670) Pollard, B., A note on nephropexy. Brit. med. Journ. Dec. 14. 1907.

671) Rae, Floyd W. Mc, The surgical treatment of floating kidney, with description of operation and report of cases. New York a. Philad. med. Journ. May 19. 1906.

672) Roynier, P., Pathogénie du rein mobile et des ptoses en général. Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris LXXI. 23; Juillet 1907.

673) Riedel, Ueber die verschobene, an falschem Orte durch Verwachsungen festgelegte rechte Niere. Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 41. 42. 1907.

674) Rovsing, Th., Die sogen. Enteroptosis u. ihre chirurgische Behandlung. *v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 431. 1906.

675) Ruggi, Contributo alla patogenesi ed alla neurastenia osservata in alcuni ammalati di nefroptosi. Gazz. degli Osped. e delle Clin. 106. 1904.

676) Salmoni, G., Intorno alla patogenesi del rene mobile. Gazz. degli Osped. e delle Clin. 93. 1907.

677) Schlesinger, F., Das *Glénard*'sche Gurtbindencorsett. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 39. 1906.

678) Schmitz, B., Die Heftpflasternethode bei der Nierenbehandlung. Deutsche Aerzte-Ztg. 3. 1905.

679) Shoemaker, G. E., Pernicious vomiting of seven years duration cured by suspension of the kidney. Therap. Gaz. Febr. 15. 1905.

680) Smithwick, M. P., Importance of considering ptosis of other organs in the treatment of the kidney. Boston med. a. surg. Journ. March 2. 1905.

681) Strussor, A., Physikalische Therapie der Wanderniere. Bl. f. klin. Hydrother. XVII. 10. 1907.

682) Sturmdorf, A., Observations on nephroptosis and nephropexy. New York med. Record Jan. 13. 1906.

683) Suckling, C. W., Movable kidney. London 1905. H. K. Lewis. 8. 128 S.

684) Taylor, E., Unsuspected lesions in movable kidneys discovered during nephropexy. Ann. of Surg. Aug. 19. 1904.

685) Thomson, A., The making of a shelf below the unduly mobile kidney. Edinb. med. Journ. Oct. 1907.

686) Thorndike, P., and L. R. G. Crandon, Results of surgical treatment of movable kidney at the Boston City Hospital. Boston med. a. surg. Journ. March 2. 1905.

687) Treves, F., The circumstances and treatment of movable kidney. Practitionor Jan. 1905.

688) Tuffier, De la douleur dans le rein mobile. Presse méd. 90. 1904.

689) Ullmann, J., Nephroptosis. New York a. Philad. med. Journ. Sept. 21. 1907.

Auch in den letzten Jahren ist wieder eine ganze Anzahl neuer Methoden und Modifikationen der *operativen Nierenfixation* mitgetheilt worden.

Legueu (661) giebt in einer kleinen, für praktische Aerzte berechneten Monographie eine gute, übersichtliche Darstellung der *Pathologie und Therapie der beweglichen Niere*. Er steht auf dem Standpunkte, dass die bewegliche Niere keine lokale Erkrankung darstellt, sondern nur das lokale Zeichen einer Allgemeinerkrankung, die in einer Ernährungstörung des fibrösen, muskulären und nervösen Systems besteht. Symptome dieser Allgemeinerkrankung können sich an den verschiedensten Körpergegenden finden. Die Niere wird immer zuerst ergriffen und bildet oft den einzigen Krankheitherd.

Therapeutisch genügt in den meisten Fällen eine einfache cirkuläre Bandage, die auf die ganze vordere Bauchwand und dadurch auch indirekt auf die Niere einwirkt. Die operative Festlegung der Niere — L. empfiehlt die Methode von Guyon — ist nur in ganz besonderen Fällen nöthig. Die operativen Indikationen gründen sich hauptsächlich auf Schmerzen, auf dyspeptische und neurasthenische Beschwerden. Ehe man operirt, muss man sich natürlich vergewissern, dass die Beschwerden auch wirklich durch die bewegliche Niere hervorgerufen werden. Bei Complikation der beweglichen Niere mit intermittirender Hydronephrose ist ebenfalls die operative Festlegung angezeigt. Aber nur dann, wenn das Nierenbecken nicht sehr stark ausgedehnt ist, genügt die Nephrorrhaphie; bei sehr beträchtlicher Ausdehnung ist die Uretero-Pyeloneostomie angezeigt. Bei dor sogen. Einklemmung einer beweglichen Niere kann man unter Umständen durch den Harnleiterkatheterismus ein sofortiges vollständiges Nachlassen der Einklemmungserscheinungen erreichen.

Suckling (683) hat eine vorzüglich ausgestattete *Monographie über die Wanderniere* veröffentlicht: Movable kidney; a cause of insanity, headache, neurasthenia, insomnia, mental failure and other disorders of the nervous system; a cause also of dilatation of tho stomach. Das Buch enthält 34 mehr oder weniger ausführliche Krankengeschichten, denen zum Theil die autographirten Dankschreiben der Operirten beigegeben sind! Jedenfalls ist die Arbeit nicht nach unserem Geschmacke. Neben sehr viel richtig Beobachtetem enthält sie zahlreiche Uebertreibungen.

Als beste Operation empfiehlt S. seine Nahtmethode, über die wir schon früher berichtet haben.

Nach den in der Braun'schen chirurgischen Klinik gemachten Erfahrungen bespricht Doering (645) die *operative Behandlung der Wanderniere*.

Das Alter der 70 Operirten schwankte zwischen 17 und 56 Jahren; eine doppelseitige Wanderniere kam 2mal, eine linkseitige nur 1mal zur Beobachtung. 30 Kr. waren Nulliparae. Von 67 Operirten mit 69 Nephropexien konnten 50 2 Monate bis 21 Jahre nach der Operation nachuntersucht werden. In 92% der Fälle wurde ein sichorer technischer Erfolg erzielt. Durch die Anheftung der Niere wurden von ihren Beschwerden befreit 28 Kr. (56%); gebessert wurden 10 Kr. (20%); nicht geheilt 12 Kr. (24%).

D. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: „Bei nicht durch schwere nervöse Symptome complicirten Fällen von Wandernieren ergiebt die Anheftung der Niere im Allgemeinen befriedigende therapeutische Dauerresultate. Eine Suspension der Niere an die 12. Rippe mit Silberdraht ist zur Erzielung eines guten operativen Dauererfolges nicht nothwendig; es genügt die Ausführung einer partiellen Decortikation der Niere und Anheftung der Ränder der gespaltenen Capsula propria mit Catgut an die seitliche Bauchwand. Dazu kommt eine durch das Nierenparenchym sammt Kapsel und Bauchwand gelegte Naht. Eine funktionelle Schädigung ist durch sie nicht zu befürchten. Bei schwer hysterischen Personen ist der Erfolg der Operation sehr zweifelhaft, gleichgültig, ob in frühem oder spätem Stadium der Krankheit operirt wird. Neben vereinzelten sehr guten Operationerfolgen, selbst bei veralteten Leiden, versagt die Operation in den meisten Fällen vollständig. Bei der Unsicherheit der Voraussage jedoch und bei der Ungefährlichkeit des Eingriffes dürfte die Nephropexie versuchsweise auch bei diesen complicirten Fällen, nach Erschöpfung der sonst üblichen Behandlungsarten, nicht ganz von der Hand zu weisen sein."

Newman (667) berichtet über einen Fall von *angeborener „floating kidney"*:

Bei einer 37jähr. Frau, die schon seit sehr langer Zeit an Beschwerden im Leibe gelitten hatte und die körperlich ausserordentlich heruntergekommen war, fand N. eine bewegliche rechte Niere. Beim Versuche, diese von hinten her freizulegen, stülpte sich das Bauchfell in die Wunde, das schliesslich eröffnet werden musste, um überhaupt an die Niere zu gelangen. Danach ergab sich, dass ein deutliches Mesonephron bestand, und dass die Niere an allen Seiten vom Bauchfelle umkleidet war. Der Peritonäalüberzug und die Nierenkapsel wurden gespalten und das Nierenparenchym gegen die Wundränder fixirt. Der Erfolg der Operation war gut. Die Beschwerden der Kr. wurden erheblich gebessert.

Im Anschlusse an diesen Fall macht N. einige Bemerkungen über die Benennung. Er will den Namen „floating kidney" für diese angeborene Abnormität reservirt wissen. Irgend eine diagnostische Eigenheit gegenüber der gewöhnlichen Wanderniere bietet der Zustand nicht. Praktisch wichtig wird er dadurch, dass es nicht möglich war, ohne Eröffnung des Bauchfelles zur Niere vorzudringen.

Digitized by Google

Harris (655) hat eine Arbeit über den *Einfluss des Trauma auf die Entstehung der Wanderniere* veröffentlicht. Er tritt zunächst den älteren Ansichten, dass starke Erschlaffung der Bauchdecken oder schnell eintretender Schwund des perirenalen Fettes Wanderniere erzeugen, entgegen, bestätigt dagegen die Ansicht von Wolkow und Delitzin, dass die normaler Weise birnförmige Gestalt der Nierennischen bei Wanderniere nkranken mehr cylindrisch ist. Er selbst fand, übereinstimmend mit Becker und Lenhoff, dass Individuen mit stark eingezogener Taille eher zu Wanderniere neigen als andere. Er hat in jedem Falle von Wanderniere diese Tailleneinengung finden können und geht so weit, zu behaupten, dass jeder Mensch mit eingezogener Taille eine Wanderniere habe. Durch die Einengung der Körpermitte werden alle Organe nach unten gepresst. Während beim normal Gebauten der grössere Theil der Niere oberhalb einer Ebene, die durch die vorderen Enden der 10., 11. und 12. Rippe quer durch die Bauchhöhle gelegt ist, liegt, sinkt sie durch jene Verschiebung mit ihrer grösseren Hälfte unter diese. Bei Bücken und ähnlichen Bewegungen wird die Gegend dieser Ebene stark eingeengt und nun die Niere, die bei gut Gebauten dann eher nach oben in ihre Nische gedrängt wird, bei Absinken der grösseren Hälfte unter die Ebene, immer weiter nach unten verlagert. Durch diese ganz allmählich stattfindende Verlagerung ziehen sich alle mit der Niere in Verbindung stehenden Bänder, Blutgefässe u. s. w. in die Länge, so dass sie schliesslich sehr beweglich wird und wie in einem Sack in dem mitgelehnten, vorliegenden Bauchfelle liegt. Diese Verhältnisse fand H. bei allen Wandernierenoperationen, die er grundsätzlich transperitonäal macht. Er leugnet, dass durch ein einmaliges Trauma eine echte Wanderniere zu Stande kommen kann. Wohl kann eine Verlagerung stattfinden, diese ist dann aber immer mit Zerreissungen verbunden. Besondere Erfahrungen hat H. als Bahnarzt in Bezug auf Eisenbahnunfälle, von denen er 1300, darunter 41 Frauen mit Wanderniere, die im Zusammenhange mit Unfällen stehen sollte, begutachtete. In keinem Falle liess sich die Wanderniere auf einen solchen zurückführen, wohl aber lag bei allen Frauen der von H. für Wanderniere als prädisponirend angesehene Bau vor.

Carstens (639) berichtet über *Endresultate der Nierenfixation*. Er hat bei 25 von ihm Operirten über den Verlauf von 5 Jahren mittels Fragebogen Erkundigungen eingezogen, ob die Niere noch da sitzt, wo sie vernäht wurde, ob die Nierenbeschwerden beseitigt sind, ob die Magen- und etwa vorhandene anderweitige Beschwerden aufgehört haben. 19 beantworteten alle Fragen mit „Ja", bei 6 bestanden noch Beschwerden anderer Art, z. B. Verstopfung, Nervosität u. dgl., die anscheinend nicht mit der Wanderniere in Zusammenhang stehen. C. folgert aus seinen Operationergebnissen: 1) Wanderniere kann durch geeignete Nahttechnik dauernd befestigt werden. 2) Manche Verdauungsbeschwerden werden durch die Wanderniere erzeugt, vielleicht durch Druck auf den Solarplexus. 3) Nephropexie beseitigt manche dieser Beschwerden. 4) Ebenso eine Anzahl nervöser Beschwerden. 5) Vor der Operation muss unzweifelhaft festgestellt sein, dass die Beschwerden auch wirklich von der Wanderniere herrühren.

Sturmdorf (682) hält eine *frühzeitige orthopädische Behandlung der Nierenverschiebung* für das einzig richtige Verfahren. Die organischen und funktionellen Verkrümmungen der Wirbelsäule in den frühesten Lebensjahren und die infantilen muskulären und ligamentösen Schwächezustände sollen besonders beachtet werden vom Gesichtspunkte der normalen inneren und äussereu Topographie. Viel sei zu erreichen durch die Correktion der äusseren Skeletabnormitäten, eben so viel durch die Beachtung der dadurch hervorgebrachten visceralen Verlagerungen. „Die normale Nierenlage wird bedingt durch ein genau modellirtes Lager und den normalen Gegendruck auf die vordere Seite der Niere durch den Peritonäalraum, der das Organ „wie ein Luftkissen" in das Receptaculum presst. Der Druck wird regulirt durch die Thätigkeit der Bauchmuskulatur." Ist die Dislokation der Niere einmal völlig entwickelt, so könne keine chirurgische Naht die normale Stabilität wieder herstellen.

Beyea (635) berichtet über eine *neue Methode der Nephropexie*, bei der weder das Nierenparenchym, noch die fibröse Kapsel durch Nähte u. s. w. verletzt wird. Die künstlich erzeugten Adhäsionen der äusseren Nierenkapsel genügen, um die Niere in normaler Lage zu erhalten. Durch 2 in besonderer Weise angelegte sterilisirte Drainröhren wird die Niere in der reponirten Lage erhalten; die Drainröhren werden nach 3 Wochen entfernt. B. hat bisher ca. 50 Nephropexien nach diesem Verfahren ausgeführt; die Operationen liegen bis zu 7½ Jahren zurück; keine Recidive, keine unangenehmen Complikationen.

Bishop (637) schlägt folgende *Operation bei Wanderniere* vor: Er legt mit Querschnitt unter dem rechten Rippenbogen die Niere transperitonäal frei, streift die Kapsel theilweise vom unteren Pole ab, schiebt die Niere in ihre richtige Lage, so dass die Gefässe quer und der Harnleiter dicht an der Wirbelsäule verläuft, und legt ein System von Seidennähten zur Stütze des unteren Nierenpols in der Weise an, dass er mit geraden Nadeln unmittelbar unter dem Nierenbecken einsticht und Bauchfell, die abgelöste Kapsel, die Lendenmuskeln genau von vorn nach hinten durchsticht. Das andere Ende des Fadens wird in derselben Weise mit einer zweiten geraden Nadel 1—1½ cm tiefer nach hinten ausgestochen. Beide Enden des Fadens werden hinten fest angezogen, geknüpft und unter die Haut versenkt, nachdem 3—4 solcher Fäden gelegt sind. Die Fäden werden so gelegt und angezogen, dass das Auge genau die verbesserte Lage der Niere nachprüfen kann. Seine Ergebnisse waren: 10 Operationen ohne Todesfall, 2 Rückfälle (die beiden ersten Fälle), 1 Fadeneiterung, die zur Entfernung der Fäden zwang, 7 Heilungen von Dauer; anatomisch und symptomatisch.

Cawardino (640) beschreibt eine *Methode der Nephropexie*, bei der er von der Idee ausging, eine Incision und theilweise Abstreifung der fibrösen Kapsel,

sowie Nähte völlig zu vermeiden, dagegen durch chemische Reizung eine Granulationsschicht um die Niere hervorzurufen, die durch narbige Schrumpfung und Verwuchsung mit der Umgebung das Organ sicher fixiren könnte. Zu diesem Zwecke wurde die von ihrer Fettkapsel befreite Niere 2—3mal mit starker Carbolsäurelösung bestrichen, bis eine weissliche Verfärbung der Oberfläche eintrat; die in ihre normale Lage gebrachte Niere wurde sodann durch eine um den unteren Pol gelegte Jodoformgazeschlinge fixirt, bis Verwachsungen eingetreten waren. Die anfänglich gelblichweisse Farbe der Nierenoberfläche wich meist nach 8 Tagen einer röthlichen in Folge von Granulationbildung. Nach ca. 3 Wochen konnte mehrfach eine bereits ganz feste Fixirung des Organs festgestellt werden. Bei 8 so behandelten Kranken trat völlige Heilung ein. Ausser einer vorübergehenden Carbolverfärbung des Urins wurden keine Erscheinungen von Carbolvergiftung beobachtet.

Da Costa (642) berichtet über eine *neue Modifikation der Operation der beweglichen Niere*. Die nach aussen luxirte und enthülste Niere wird in besonderer Weise durch 2 Jodoformgazestreifen fixirt, die nach 1 Woche wieder entfernt werden.

Auch Fullerton (649) beschreibt eine *neue Methode der Nephropexie*. Aus der hinteren Fläche der Nierenkapsel wird ein hufeisenförmiger Lappen geschnitten, der um das Lig. arcuatum ext. und die 12. Rippe geschlagen wird. Die Niere wird also an ihrer eigenen Kapsel aufgehangen.

M. Hofmann (657) hat in einem Falle von schwerer rechter *Wanderniere* ein Verfahren in Anwendung gebracht, das im wesentlichen Punkte eine Modifikation der Ruggi'schen Methode darstellt. Lumbaler Längsschnitt von der 11. Rippe entlang dem lateralen Rande des M. sacrolumbalis bis fast zum Darmbeinkamme. Spaltung der Fettkapsel der Niere in der Längsrichtung. Freilegung der Rückseite und des unteren Randes der 12. Rippe. Reposition der Niere in ihre normale Lage. An der Stelle der Nierenhinterfläche, die vor die 12. Rippe zu liegen kommt, wird die fibröse Kapsel durch einen I-förmigen Turflügelschnitt gespalten, die so gebildeten Lappen werden von der Niere abgelöst und seitlich aufgerollt. Fixirung dieser Rollen durch Nähte. Ein durch die Rollen mehrfach durchgeführter starker Seidenfaden wird mit seinem oberen Ende durch den letzten Intercostalraum von vorn nach hinten durchgestochen und mit dem unteren Ende hinter der 12. Rippe geknüpft. Die Aufrollung der fibrösen Kapsel soll ein Ausreissen und Durchschneiden des Fadens verhindern, und die blossgelegte Fläche der Niere soll eine Verwachsung mit der 12. Rippe begünstigen. Vernähung der Fettkapsel, der Muskulatur und der Haut. Ein Drainrohr in den unteren Wundwinkel, das nach 48 Stunden entfernt wird. Compressionverband mit Pelotte auf die vordere Bauchwand. 3wöchige Bettruhe.

Jonescu (660) empfiehlt folgende *Methode der Nephropexie:* Zur Vornahme des Eingriffes wird Pat. in Seitenlage, auf der gesunden Seite liegend, gebracht und der Schnitt vom äusseren Rande der Sacrolumbalmuskulatur, längs der 12. Rippe, und falls diese zu kurz ist, auch auf die 11. Rippe übergehend, in einer Totallänge von 15—16cm, ausgeführt. Nach Durchtrennung der Transversusnponeurose wird die Niere aufgesucht, nach aussen gebracht und durch einen langs des convexen Randes von einem Nierenpole bis zum anderen gehenden Schnitt die Nierenkapsel durchtrennt und bis zur Nierenmitte abpräparirt; die derart erhaltenen Lappen werden dann über die andere Nierenhälfte gezogen. Nun werden 2 Silberdrähte in der Nähe des oberen und unteren Nierenendes durch Haut, Muskulatur, gedoppelte Nierenkapsel, Niere, gegenüberliegende gedoppelte Nierenkapsel und um die entsprechende Rippe, ohne aber die Haut an dieser Stelle zu durchdringen, geführt, um die Niere geschlungen und etwa 1½ cm weit von der ursprünglichen Einstichöffnung wieder an die Hautoberfläche gebracht. Die Fäden werden mässig angezogen und über einer Gazerolle eingedreht. Haut und Muskulatur werden durch Achtertouren von Crin de Florence geschlossen. Letztere werden nach 6 und erstere nach 11 Tagen entfernt; hierzu wird der durch das Nierenparenchym geführte Silberfaden nahe der Hautoberfläche durchschnitten und der Zug nur auf das oberflächlich gelegene Ende ausgeübt, wodurch der Schmerz bei der Entfernung auf ein Minimum reducirt wird.

Mariani (663) berichtet über eine *besondere Methode der Nephropexie*. Er hat an der Leiche und an 4 grossen Hunden experimentirt. Nach einem Schnitte längs der 12. Rippe wird letztere subperiostal etwa 4 cm vom Gelenke entfernt resecirt. Der Pol der Niere, mit dem das Periost verbunden werden soll, wird mit einem mittleren Trokar durchbohrt, und zwar in der Richtung der Rippe. Ein durch den Hohlkanal des Trokars geführter Faden zieht das Periost von der anderen Seite des Trokars durch diesen. Das so durch die Niere geführte Periost wird an die Muskulatur des 11. Intercostalraumes festgenäht. 2 feine Catgutnähte befestigen ausserdem noch das Periost beim Eintritte und Austritte aus der Niere an die Nierenkapsel. Sämmtliche Hunde überstanden die Operation sehr gut. 1—2½ Monate danach wurden sie getödtet. Bei keinem Thiere hatte das Periost Knochen gebildet. Die Nieren waren vollkommen reizlos. Um das Periost herum hatte eine Bindegewebeneubildung stattgefunden. Der Urin der Thiere enthielt nur in der ersten Zeit etwas Blut, war aber später völlig normal.

Auch Mouzardo (665) theilt eine *neue Methode der Nephropexie* mit: Zur Festlegung der Niere verlängert er den gewöhnlichen Lendenschnitt bis zur 12. Rippe. Letztere wird blossgelegt und durch einen Schnitt das Periost im mittleren Drittel der Rippe abgelöst. Alsdann wird der Knochen vom unteren Rippenrande aus schräg nach oben und innen resecirt. Das innere dünne Stück, welches verbleibt und noch am Periost hängt, wird frakturirt und unter der Kapsel durch den oberen Nierenpol geführt. Zur Befestigung dient eine einfache Naht. M. betont die Einfachheit, Sicherheit und die befriedigenden Resultate seiner Methode.

Riedel (673) verdanken wir sehr interessante Mittheilungen *über die verschobene, an falschem Orte durch Verwachsungen festgelegte rechte Niere*. Die Wanderniere verursacht für gewöhnlich nur sehr geringfügige Beschwerden, sehr oft fast gar keine. Schon seit langer Zeit sind aber plötzlich eintretende schwere Erscheinungen von Seiten der Wanderniere bekannt: Auftreibung des Leibes, heftiges Erbrechen, intensive Schmerzen u. s. w. Man führte diese Erscheinungen zuerst auf Einklemmung der Niere zurück, sodann auf Achsendrehung. Seit Uray's Mittheilung rechnet man auch gelegentlich mit Verwachsungen der Niere. Nach R.'s Untersuchungen giebt es keine Einklemmung der Niere; folglich braucht die eingeklemmte Niere nicht reponirt zu werden. Auch erzeugt die eingeklemmte Niere, weil sie nicht existirt, keine Peritonitis. *Die sogen. „Einklemmungserscheinungen" dürfen nicht durch Einklemmung, sie müssen anders erklärt werden.* Dass gelegentlich bei fühlbarer Niere stürmische Erscheinungen auftreten, das ist sicher. Diese stürmischen Erscheinungen verlaufen bald mit, bald ohne Fieber, sie gehen mit heftigen Leibschmerzen und Erbrechen einher; entweder ist der Urin eiweisshaltig oder nicht. Wir haben also offenbar sehr verschiedene Krankheiten vor uns, die aber nach altem Usus als Einklem-

mungserscheinungen bezeichnet werden. Nach R. kommen hier in Betracht: 1) akut entzündliche Schübe in Hydronephrosen; 2) an falschem Orte durch Adhäsionen festgelöthete Nieren. Hier verlaufen die Anfälle fast regelmässig ohne Fieber; der Urin ist stets fast unverändert. Das Leiden tritt nur bei rechtseitiger Wanderniere auf. „Oeffnet man bei Kranken, die an solchen schweren Anfällen gelitten haben, die Bauchhöhle, so findet man Folgendes: Die rechte Niere liegt hinter dem Duodenum seitlich am Wirbelkörper fest; das Duodenum ist gleichzeitig nach rechts und nach vorne verschoben und mit der Gallenblase und der Leber in der Umgebung der Gallenblase verwachsen. Gleichzeitig ist das Mesocolon der Flex. hepatica coli mit der unteren Leberfläche verwachsen, zuweilen die Flexur selbst; endlich kann die Pars pylorica des Magens vor dem Pylorus vorbei — letzterer selbst bleibt stets frei — an der Leber adhärent werden. Hinter diesem Wuste von verbackenen Geweben steht dann fest und fast unverschiebbar die Niere an der Seite der Wirbelkörper, unbedingt als Gallenblasentumor imponirend, weil sie nicht von der Leber abzugrenzen ist. Das ist die am falschen Orte durch Adhäsionen fest gewordene Niere, und diese Niere verursacht gelegentlich ganz excessive Schmerzanfälle und abundantes Erbrechen, also Attaquen, die einigermaassen an das Bild der Niereneinklemmung erinnern, nur dass gewöhnlich Fieber fehlt, ebenso Eiweiss im Urin." Der eben geschilderte anatomische Befund ist der höchste Grad der Adhäsionbildung bei medianwärts verschobener Niere; bis er erreicht wird, hat die Niere mehrere Stadien zu durchlaufen. Welchen Einfluss haben nun diese Adhäsionen auf das *klinische* Bild der fixirten Wanderniere? Im Allgemeinen werden die Beschwerden der Kranken grösser entsprechend der Zunahme der Adhäsionen; doch giebt es auch genug Ausnahmen von der Regel. Die Niere wird erst ordentlich fühlbar, wenn sie mehr und mehr medianwärts, also auf die Seitenfläche der Wirbelkörper rückt; aber nun beginnt die Gefahr der Verwechslung mit einer steinehaltigen Gallenblase, wenn heftige Anfälle von Leibschmerzen mit Erbrechen anamnestisch festgestellt sind; oder gar wenn Ikterus dazukommt. *Therapeutisch* soll man vorn ausgiebig aufschneiden, wenn bei Kranken mit mehr oder weniger fixirter Wanderniere die Erscheinungen seitens des Magens stark in den Vordergrund treten, besonders wenn der Magen erheblich erweitert ist. Für gewöhnlich wird man die am abnormen Orte fixirte Wanderniere lediglich von hinten freilegen, sie in ihre normale Lage bringen und dort fixiren.

Gardner (651) verdanken wir eine Arbeit über *Nierenfisteln nach der Nephropexie.*

Abgesehen von vereinzelten Beobachtungen, wo bei der Nephropexie durch nicht resorbirbare inficirte Seidenfäden eine kleine eiternde Fistel entstand, die durch geeignete Maassnahmen rasch heilte, finden sich in der Literatur keine Fälle von wirklichen Niereufisteln nach der Nephropexie. G. theilt nun ausführlich 3 Beobachtungen mit, in denen sich im direkten Anschlusse an eine sachgemäss ausgeführte Nephropexie eine wirkliche Urin-, bez. Ureiterfistel der Niere entwickelte, die trotz der verschiedensten therapeutischen Eingriffe nicht zur Heilung gelangte. Bei 2 Kranken wurde deshalb die Nephrektomie vorgenommen. Der 3. Kranke blieb ungeheilt.

Wenn im Anschlusse an eine operative Nierenfixation eine Urinfistel entsteht, so muss ein Nierenkelch durch eine der parenchymatösen Nierennähte verletzt worden sein. Aber auch unter diesen Umständen wird eine bleibende Nierenfistel nur dann sich entwickeln, wenn ausserdem noch eine Infektion vorliegt. Man soll deshalb stets nur vollkommen gesunde Nieren der operativen Fixation unterwerfen und dabei auf das Peinlichste eine operative Infektion vermeiden. Ausserdem soll bei der Nahtanlegung kein Nierenkelch verletzt werden. Durch eine Reihe topographisch-anatomischer Untersuchungen hat G. gefunden, dass sich fast ausnahmelos das distale Ende des mittleren Nierenkelches am meisten dem convexen Nierenrande nähert; die Entfernungen betrugen zwischen 10 und 23 mm. Man muss deshalb jedenfalls mit der Anlegung der mittleren parenchymatösen Naht sehr vorsichtig sein und das Nierengewebe hier möglichst oberflächlich fassen.

In einem Falle von *Hydronephrose einer Wanderniere* machte Ingianni (658) den Harnleiterkatheterismus. Der Katheter stiess nach 2 Dritteln seines Weges auf ein Hinderniss, das er überwand, sah gleichzeitig der Nierentumor nach oben gedrängt wurde, worauf sich 250 ccm Urin entleerten. Die Geschwulst verschwand; seit 1 Jahre trägt Pat. eine Bandage; Beschwerden sind nicht wieder aufgetreten.

Herósco (656) theilt einen Fall von *Diabetes insipidus* mit, in dem nach der *Nephropexie Heilung* eintrat.

Der 15jähr. Knabe hatte als Kind typhöses Fieber und Variola durchgemacht, war seit seinem 10. Jahre stets gesund gewesen. Sein Leiden begann erst plötzlich vor 2 Monaten. Beim Versuche, ein Gewicht von 2 Centnern zu heben, fühlte er einen lebhaften Schmerz im linken Hypochondrium, der seitdem dauernd bestehen blieb und nach dem linken Oberschenkel zu ausstrahlte. Vom gleichen Tage an beobachtete er einen häufigen Urindrang, der ihn zwang, 10—12mal am Tage, 1—2mal Nachts Uria zu lassen und sich allmählich noch steigerte, lebhaftes Durstgefühl, so dass Pat. sehr viel Wasser trinken musste, und eine Polyurie von 12—15 Litern Urin pro Tag. Während 5 Tagen wurden geringe Blutmengen im Urin bemerkt. Zur Zeit der Beobachtung im Krankenhause bestand keine Hämaturie mehr. Die Untersuchung ergab nur einen mässigen Tiefstand und Druckempfindlichkeit der linken Niere. Die Polyurie wurde während 10tägiger Beobachtung täglich sicher festgestellt. (H. entschloss sich, die linke Niere blosszulegen, fand sie etwas herabgesunken bei geringer Vergrösserung der linken Nebenniere, und fixirte sie, nachdem er vorher den Plexus renalis mässig gequetscht hatte, durch einige Nähte an der 12. Rippe.) Vom Tage der Operation an schwanden bei reaktionlosem Wundverlaufe sofort sämmtliche Zeichen des Diabetes insipidus; Pat. trank nur noch ½—2 Liter pro Tag; die tägliche Urinmenge schwankte zwischen 800—1000 g.

Bei einer Nachuntersuchung 5 Wochen nach seiner Entlassung war der Knabe vollständig gesund.

Taylor (684) hat an 5 *Wandernieren* während der Ausführung der *Nephropexie* nicht diagnostizirte

Erkrankungen angetroffen; theils bestanden diese in Steinbildung, theils in partieller Tuberkulose und Hydronephrose. Er zieht hieraus den Schluss, dass bewegliche Nieren nicht selten krank sind. Namentlich, wenn die bewegliche Niere auf Druck schmerzhaft oder vergrössert ist, werden krankhafte Veränderungen vorliegen. Aus diesen Gründen soll der Operation der beweglichen Niere ein grösseres Recht für die Operation eingeräumt werden.

Bocchi (638) macht auf einige wichtige, wenn auch nicht pathognostische *Symptome bei Wanderniere* aufmerksam. Hierher gehört ein Morgens auftretender Speichelfluss, ferner ein Schmerz im Brustkorbe, der auch in den Arm und zuweilen selbst in das Bein der Seite, auf der die Niere beweglich ist, ausstrahlt. Damit ist eine Verringerung der Muskelkraft der betreffenden Seite verbunden. Für die *Tastung der beweglichen Niere* empfiehlt B. folgendes Verfahren: Der Kranke macht mehrere tiefe Inspirationen, damit die Niere möglichst tief heruntersteigt. Der Untersucher legt dann die Hand in derselben Weise auf, wie beim Glénard'schen Verfahren; übt aber den Druck mit den Fingern nicht während der Inspiration, sondern während der tiefsten Exspiration aus und dringt gleichzeitig von oben nach unten in die Tiefe des Abdomens vor. Wenn das in verschiedener Höhe geschieht, so kommt man an einen Punkt, an dem man den Pol der Niere unter den Fingern verschwinden fühlt.

Tuffier (688) hat einen Vortrag über den *Schmerz bei der Wanderniere* gehalten. Der Schmerz ist das hauptsächlichste Symptom der Wanderniere, aber er ist ausserordentlich wechselnd, sowohl in seinem Auftreten überhaupt, als in seiner Intensität, seiner Lokalisation und seiner Dauer; bald tritt er andauernd, bald in periodischen Unterbrechungen auf, bald strahlt er nach der Umgebung aus. Die richtige Erkennung dieser Symptome ist nach Ansicht T.'s wichtig für die Prognose sowohl als für die Therapie. An 2 Krankengeschichten wird das Gesagte erläutert und des Weiteren die Frage der traumatischen Wanderniere angeschnitten und von T. dahin beantwortet, dass häufig das Trauma als Auslösung des Schmerzes bei einer vorher indolenten Wanderniere beobachtet werde. Endlich werden für die Differentialdiagnose die Symptome bei Erkrankungen der anderen Bauchorgane, sowie bei anderen Erkrankungen der Niere gewürdigt.

(Schluss folgt.)

B. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

1. **Beiträge zur Kenntniss der organischen Bestandtheile des Serum;** von Eugen Zetsche. (Ztschr. f. physiol. Chem. LIII. 1 u. 2. p. 31. 1907.)

Aus der Zusammenfassung des Vfs. über die sehr ausführliche und mühevolle Arbeit ist besonders hervorzuheben, dass im Eiweissniederschlag neben Cholesterin eine geringe Menge anderer cholesterinartiger Stoffe, Cholin und zwei Säuren als Natriumsalze gewonnen wurden. Die eine hiervon, eine zweibasische Säure der Formel $C_{30}H_{50}NO_9$, soll noch näher untersucht werden, der zweiten wird, als Silbersalz, die vorläufige Formel $C_{19}H_{36}N_4O_{30}Ag_{12}$ gegeben. Ferner liessen sich neben Lecithin zwei jecorinartige Substanzen mit kräftigem Reduktionsvermögen, und als reducirende Stoffe kohlehydratartiger Natur Glukose und Glykuronsäure nachweisen. Weiter zwei bisher unbekannte hochmolekulare N-haltige Säuren, eine 4- und eine 5-basische von nicht peptonartiger Natur und eine N-freie Säure unbekannter Zugehörigkeit.

Zu diesen kommen noch Harnstoff, eine Verbindung $C_{15}H_{15}N_5O_8Ca_2 . 12\,H_2O$, Kreatin, und Verbindungen von nicht eiweissartiger Natur.

Mommino- und Diaminosäuren, ebenso Xanthinbasen und Harnsäure fehlen im Serum.

Kubler (Leipzig).

2. **Beiträge zur Frage der sogen. „Complementbindung“;** von E. Seligmann. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 32. 1907.)

S. stellte fest, dass ein indifferenter chemischer Niederschlag fast den gesammten Complementgehalt eines hämolytischen Systems (im Sinne des Complementbindungsversuches) niederzureissen vermag, ferner *dass Complement auch bei colloidalen Reaktionen ohne Niederschlagbildung verschwinden kann,* kurz, dass es neben den Immunitätreaktionen auch chemisch definirbare Reaktionen giebt, bei denen Complement verschwindet.

Löhlein (Leipzig).

3. **Die elektrische Ladung von Toxin und Antitoxin;** von H. Bechhold. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 39. 1907.)

B.'s Versuche, die er mit einem eigens für diesen Zweck construirten Ueberführungsapparat angestellt hat, hatten ungefähr gleichsinnige, aber weniger prägnante Resultate als die von Field

und Tongue mitgetheilten. B. wendet sich nur gegen die Folgerungen, die F. und T. aus ihren Ergebnissen gezogen haben: Weil in Toxin-Antitoxingemischen unter dem Einfluss des elektrischen Stromes das Toxin *nicht* nach der einen, das Antitoxin nach der anderen Seite wandert, schliessen F. und T., es handle sich nicht um chemische Reaktion zwischen beiden Körpern, sondern um Adsorption. B. bemerkt dazu, dass durchaus nicht nur Substanzen mit entgegengesetzter elektrischer Ladung wahre chemische Reaktionen eingehen können, dass also die Ueberlegung von F. und T. nicht stichhaltig sei. Löhlein (Leipzig).

4. **Zur Frage der quantitativen Eiweissbestimmung mit Hülfe der elektrischen Leitfähigkeit;** von Dr. Rudolf Kohler. (Ztschr. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 135. 1908.)

K. hat Methode und Apparat von Wasmuth geprüft und meint, beides käme an Genauigkeit etwa dem Verfahren nach Esbach gleich. Der Apparat von W. ist aber recht theuer und muss sehr gut behandelt und in Stand gehalten werden, wenn er brauchbar bleiben soll. Der Harn muss ganz frisch sein. Der Zusatz von Essigsäure muss möglichst gering und stets ganz gleich bemessen sein. Bei Verdünnung des Harnes geht die Leitfähigkeit durchaus nicht immer gleichen Schritt mit dem Grade der Verdünnung. Kochen erhöht bei normalem Harne die Leitfähigkeit erheblich, Filtriren vermindert sie. Dippe.

5. **Ueber den Einfluss einiger Eiweisskörper und anderer Colloide auf die Hämolyse;** von Dr. Kurt Meyer. (Arch. f. Hyg. LXV. 4. p. 292. 1908.)

Serumalbumin und -globulin hemmen die Seifen- und Gallensäurehämolyse, nicht die Saponinhämolyse. Cholesterin hemmt die Saponin-, nicht die Seifen- und Gallensäurehämolyse. Die Hemmungswirkung des Serumalbumins und -globulins ist nicht durch ihre colloidale Natur bedingt. Dextrin, Gummi und Gelatine wirken nicht hemmend. Die Hemmungswirkung ist keine Gruppeneigenthümlichkeit der Eiweisskörper. Eieralbumin, Casein, Edestin und Gelatine zeigen sie nicht. Die Hemmung der Hämolyse durch Serumalbumin und -globulin beruht nicht auf einer Verminderung des Lipoidlösungsvermögens der Seife und Gallensäure. Die Colloide Dextrin, Gummi und Gelatine wirken in höherer Concentration agglutinirend und machen die Blutkörperchen hierbei hämolytischen Wirkungen leichter zugänglich. Dippe.

6. **Ueber hämolytisches Komplement in der Frauenmilch;** von M. Pfaundler und E. Moro. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 20. 1908.)

Pf. u. M. haben hämolytische Substanzen in der Milch verschiedener Säuger nachgewiesen und jetzt ist ihnen dieser Nachweis auch für die Frauenmilch gelungen. Dippe.

7. **Recherches dans le lait des nourrices des substances considérées comme indices de putréfaction intestinale;** par Henri Labbé et R. Pepin. (Revue de Méd. XXVIII. 5. p. 476. 1908.)

L. u. P. fanden in der Muttermilch Aetherschwefelsäuren. Bei der gesunden Frau wenig; 2—4 cg pro Liter unter krankhaften Zuständen. Zunahme und Abnahme gehen mit Zunahme und Abnahme des Indicans im Harne parallel. Bei reichlichem Gehalte der Milch an Aetherschwefelsäure und des Harnes an Indican findet man in der Milch zuweilen ein ähnliches rothes Pigment wie im Harne. Indigo vermehrt weder den Indicangehalt des Harnes, noch wird er mit der Milch ausgeschieden.

Jedenfalls, meinen L. und P., müsste man nach diesen Befunden die Brustdrüse mit zu den reinigenden Ausscheidungsdrüsen rechnen.

Dippe.

8. **Die elementare Zusammensetzung der verschiedenen Caseine;** von Franz Tangl. (Arch. f. Physiol. CXXI. 8. 9. 10. p. 534. 1908.)

Die Untersuchungen ergaben, dass das Casein der Einhufer (Pferd, Esel) von dem der Wiederkäuer in seiner elementaren Zusammensetzung verschieden ist, und dass phylogenetisch einander nahestehende Thiere auch in der elementaren Zusammensetzung ihrer Caseine nahe verwandt miteinander sind. T. bestätigt durch seine Untersuchungen die biologisch durch die Präcipitinreaktion nachgewiesene Verschiedenheit der Caseine.

Dippe.

II. Anatomie und Physiologie.

9. **Die zweifache Bedeutung des Calciums für das Knochenwachsthum;** von W. Stoeltzner. (Arch. f. Physiol. CXXII. 12. p. 599. 1908.)

Das Calcium ist nicht nur dazu da, vorgebildetes Knochengewebe hart zu machen, sondern es regt auch die osteogenen Gewebe zur Bildung von Knochengewebe an. Strontium thut letzteres in erhöhtem Maasse, vermag sich aber nicht in dem neugebildeten Gewebe niederzuschlagen. Giebt man Strontium, so bildet sich reichlich Knochengewebe, es bleibt aber bei ungenügender Ca-Zufuhr weich. Die Rhachitis ist etwas Besonderes, eine constitutionelle Störung. Dippe.

10. **Die Kitzel- und Juckempfindungen;** von Sydney Alrutz. (Skandin. Arch. f. Physiol. XX. 5 u. 6. p. 871. 1908.)

Kitzel- und Juckempfindungen sind von dem Drucksinne unabhängig. Wahrscheinlich werden beide von den gleichen nervösen Organen ausgelöst und ihr Unterschied ist nur durch die verschiedene Art der Reizung bedingt. Dippe.

11. **Untersuchungen über den Bau des sympathischen Nervensystems der Säugethiere;** von A. J. P. van den Broek. (Morphol. Jahrb. XXXVII. 2 u. 3. p. 202. 1907).

An 27 verschiedenen Säugethieren ist der Verlauf des Sympathicus und insonderheit des Halstheils untersucht und im Einzelnen genau beschrieben und abgebildet. Die verdienstvolle Arbeit ist ihrer Natur nach ein Nachschlagewerk für alle, die sich mit dem Sympathicus beschäftigen werden und kann deshalb hier auch nicht einmal auszugsweise referirt werden. Wenn man die Resultate der vorliegenden Arbeit mit dem grossen Werk von Thébault über den Sympathicus der Vögel zusammenstellt, so lässt eine Vergleichung, auf entwickelungsgeschichtlicher Basis geführt, das Verhältniss des Halssympathicus der Vögel zu dem der Säuger folgendermassen erscheinen: bei beiden Gruppen entstehen die Rr. communicantes sehr frühzeitig. Aus einer durch sie gebildeten Längscommissur geht der Halsgrenzstrang hervor. Darauf wandern von den Spinalganglien sympathische Zellen aus. Unter Schwund des primären Grenzstranges (oder Aufnahme in den Vagus?) werden die Zellen bei den Vögeln in den Vagus aufgenommen. Es bildet sich ein sekundärer Strang aus, der durch die Verbindung vom Proc. transv. und Proc. costarius innerhalb des Can. transversarius zu liegen kommt.

Bei den Säugern geht ein Theil der sympathischen Nervenzellen gleichfalls in den Vagus über. Der primäre Grenzstrang bleibt jedoch bestehen und bildet die ganglionären Anschwellungen durch Anhäufung von sympathischen Zellen. Die Rr. communicantes gehen wahrscheinlich in einer gewissen Zahl zu Grunde, und der N. vertebralis bildet sich in sekundärer Weise aus, indem er die Verbindungen zwischen Ganglien und Spinalnerven auf's Neue herstellt. G. F. Nicolai (Berlin).

12. **Trophische Störungen nach Durchschneidung hinterer Wurzeln;** von Prof. G. Köster. (Fortschr. d. Med. XXVI. 5. 1908.)

K. hat nach Durchschneidung hinterer Wurzeln bei Katzen zuweilen trophische Störungen, bestehend in umschriebenem Haarausfall und Geschwürsbildung beobachtet und erklärt sie sich als Folgen centrifugaler abnormer Erregungszustände im sensibeln Endneuron, die gelegentlich durch die Narbenbildung an der Durchtrennungsstelle der Wurzel ausgelöst werden. Moritz (Leipzig).

13. **Ueber die physiologische Werthung der cortico-spinalen (Pyramiden-) Bahn;** von Max Rothmann. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 217. 1907.)

Die Ausschaltung der cortico-spinalen (Pyramiden-) Bahn allein oder in Verbindung mit dem rubro-spinalen Bündel vernichtet beim Affen nicht die isolirten Bewegungen der zugehörigen Glieder, die schon am Tage nach der Operation wieder in weitgehendem Maasse möglich sind. Auch ist nach Durchschneidung der Pyramidenbahn weder beim Hunde, noch beim Affen der Ausfall bestimmter Bewegungscombinationen, die als direkt von der Pyramidenleitung abhängig betrachtet werden, zu constatiren. Diese extrapyramidale Restitution der Motilität ist *nicht* von der gleichseitigen Armregion der Grosshirnrinde oder der cortico-spinalen Bahn der Gegenseite abhängig. Die extrapyramidalen Vorder- und Seitenstrangbahnen scheinen vielmehr einen Theil der von der Hirnrinde zum Rückenmarke gelangenden motorischen Impulse leiten zu können.

Eine „Diaschisis" im Sinne v. Monakow's hat R. nie beobachten können.

Die faradische Erregbarkeit der Extremitätenregion ist nach reiner Ausschaltung der cortico-spinalen Bahn nie erloschen. Jedoch ist die erregbare Region nach der Operation in der Regel etwas enger begrenzt als am intakten Thier.

Zwischen den Ergebnissen der anatomischen Hirnforschung und denen der physiologischen Reizungen und Exstirpationen der Grosshirnrinde ist nach R.'s Erfahrung keine genaue Uebereinstimmung vorhanden. Vor Allem ist nach R.'s Angaben die mit Riesenpyramidenzellen besetzte Area gigantopyramidalis weder mit dem elektrisch reizbaren Rindenfeld, noch mit der motorischen Region der Grosshirnrinde, noch endlich mit dem Ursprung der cortico-spinalen Bahn zu identificiren.

Dittler (Leipzig).

14. **Zur Kenntniss der Gudden'schen Commissur;** von St. Bernheimer in Innsbruck. (Arch. f. Ophthalmol. LXVII. 1. 1907.)

B. hatte durch Züchtung einige Ratten mit beiderseitigem Anophthalmus erhalten. Er benutzte die Gehirne dieser Thiere, bei denen die ganze Sehbahn nicht entwickelt war, zu Untersuchungen über den Verlauf der Gudden'schen Commissur (Commissura inferior). Er fand völliges Fehlen von Chiasma und Sehnerven. An Stelle des Chiasma sah er einen hellen Streifen quer verlaufen, der den Hirnschenkel umgreifend der Gegend der Kniehöcker und des Seh- und Vierhügels zustrebte. Die Gegend des äusseren Kniehöckers und des Thalamus war viel weniger plastisch entwickelt, als sonst in Rattengehirnen. Die Hauptmasse der Gudden'schen Commissur tritt in Beziehung mit dem inneren Kniehöcker; eine geringere Fasermenge trennt sich vorher vom Hauptzug ab und strahlt nach Umschlingung und Durchsetzung des Hirnschenkelfusses in die Gitterschicht des Sehhügels und in diesen selbst ein. Nur ganz wenige Faserbündelchen dürften auf beiden Wegen vereinzelt die Vierhügelgegend erreichen. Mit dem Sehen hat diese Commissur gar nichts zu thun. Nach Kölliker steht der Nervus cochleae, der allein der eigentlichen Funktion des Hörens dient, in letzter Linie wesentlich mit den distalen Vierhügeln und dem Corpus geniculatum mediale in Verbindung. Vielleicht stellt die Gudden'sche Commissur eine Art von Gehörcommissur dar.

F. Schoeler (Berlin).

15. **Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Bach-Meyer'schen Pupillencentren in der Medulla oblongata;** von Dr. W. Tren-

delenburg und Dr. O. Bumke in Freiburg i. B. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XLV. p. 353. Oct. 1907.)

Die Versuche wurden zur Nachprüfung der Bach-Meyer'schen Versuchsergebnisse angestellt, die eigentlich schon durch Ruge im Jahre 1902 widerlegt worden sind. Doch herrscht über die Frage der Pupillencentren immer noch ein Wirrwarr so vieler ungeklärter Meinungen, dass jeder technisch gut ausgeführte und kritisch scharf beobachtete Versuch, der nur etwas mehr Licht in die Sache trägt, dankbar begrüsst werden muss. Die von B. u. Tr. angestellten Versuche entsprechen den strengsten Anforderungen an übersichtlicher Anordnung und kritisch strenger Schlussfolgerung. Ihre Ergebnisse zeigen, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen bestimmten Läsionen der Raute und bestimmten Pupillensymptomen nicht besteht. Eben so wenig liegen die materiellen Voraussetzungen der isolirten Lichtstarre im Halsmarke. Die Medullatheorie von Bach und Meyer und die Halsmarktheorie von Rieger und Reichhardt entbehren also der thatsächlichen Unterlagen. F. Schoeler (Berlin).

16. **Sur la valence motrice de la pupille;** par O. Polimanti. (Arch. ital. de Biol. XLVII. p. 400. 1907.)

P. hat Versuche gemacht, um zu entscheiden, welchen Einfluss die verschiedenen Spektralfarben auf die Pupillenreaktion ausüben und hat gefunden, dass eine völlige Proportionalität zwischen ihren Helligkeitwerthen, die er mit dem Flimmerphotometer bestimmte und ihrer motorischen Valenz, d. h. ihrer Fähigkeit, den Pupillenreflex zu beeinflussen, besteht. Des Weiteren schliesst er aus seinen Experimenten, dass sowohl die Stäbchen, als auch die Zapfen, je nach dem Adaptionzustande des Auges, die Erregungsapparate für den Reflexbogen der Pupillenreaktion bilden können.

G. F. Nicolai (Berlin).

17. **Ueber die sogenannten Klumpenzellen der Iris;** von Prof. Elschnig und Dr. Lauber. (Arch. f. Ophthalmol. LXV. 3. 1907.)

Auf Grund ihrer anatomischen, histochemischen und histologischen Untersuchungen, deren Anordnung genauer beschrieben ist, gelangen E. u. L. zu folgendem Ergebnisse: „Sämmtliche auch in der Irisfläche zerstreut vorkommenden Klumpenzellen stimmen in ihrem histologischen und chemischen Verhalten sowohl untereinander, als mit den Pigmentzellen des retinalen Blattes der Iris überein, weisen dagegen keinerlei Verwandtschaft mit den Elementen des Irisstroma auf; es dürfte also wohl der Satz berechtigt sein, dass alle diese Zellen eines und desselben Ursprunges sind, somit die Klumpenzellen lediglich als ein Derivat des retinalen Antheiles der Iris zu betrachten sind."

Bergemann (Husum).

18. **Beiträge zur Anatomie und Histologie der Aderhaut beim Menschen und bei höheren Wirbelthieren;** von Dr. Wolfrum. (Arch. f. Ophthalmol. LXVII. 2. 1908.)

W.'s Untersuchungen geschahen an einer grossen Zahl von Thier- und Menschenaugen der verschiedensten Lebensalter nach sorgfältig erprobtem Conservirungs- und Färbungsverfahren. Im Zusammenhang mit einer eingehenden Literaturbearbeitung begründet W. sachlich seine lehrreichen Befunde, die vielfach wesentlich von den Forschungsergebnissen Anderer abweichen. Bei der Fülle und Vielseitigkeit des Stoffes, der theilweise auch in's klinische Gebiet überspielt, ist eine erschöpfende Inhaltswiedergabe in kurzem Auszuge nicht möglich. Die Einzelheiten müssen in der klar geschriebenen Abhandlung nachgesehen werden.

Bergemann (Husum).

19. **Wie ist die vermehrte Purpurfärbung in der Sehleiste der Kaninchennetzhaut zu erklären?** von Cand. med. R. Weiss. (Arch. f. Ophthalmol. LXVI. 2. 1907.)

Nach W.'s „Beobachtungen am Kaninchenauge ist die Sehleiste ein Netzhautgebiet, in dem eine Verdickung aller Schichten zu beobachten ist, so dass der Name „Sehleiste" dieso Eigenschaft der Netzhautstruktur treffend bezeichnet... Für die histologische Grundlage der intensiveren Purpurfärbung der Sehleiste kann die bedeutende Verlängerung der Stäbchenaussenglieder gelten, die bekanntlich Träger des Sehpurpurs sind. Es würde somit der Sehpurpur in der Sehleiste in doppelter Schicht sich vorfinden, so dass die ... Erscheinung der satteren Purpurfärbung möglicher Weise hierdurch hervorgerufen würde."

Bergemann (Husum).

20. **De la coloration jaune de la macula;** par A. Chevalloreau et A. Polack. (Ann. d'Oculist. CXXXVIII. p. 241. 1907.)

Ch. u. P. haben an 7 Netzhäuten frisch entfernter Augäpfel sofort nach der Herausnahme die Färbung der Macula untersucht und sie stets gelb gefärbt gefunden. Die Gelbfärbung ist keine Leichenerscheinung, sondern nimmt im Gegentheil allmählich ab, ist aber während mehrerer Monate nach der Herausnahme noch sichtbar. Die gelbe Farbe hatte das Maximum ihrer Absorption im Blau des Spectrum. F. Schoeler (Berlin).

21. **Vergleichend-physiologische Untersuchungen über die Sehschärfe;** von Gisa Alexander Schäfer. (Arch. f. Physiol. CXIX. 9. 10 u. 11. p. 571. 1907.)

Die Sehschärfe kann ausgedrückt werden durch das Verhältniss der linearen Grösse des Netzhautbildes bei gegebener Grösse und Entfernung des Gegenstandes zu dem Durchmesser des einzelnen Netzhautelementes. Bestimmungen der Sehschärfe, die von diesem Gesichtpunkte aus unternommen

Digitized by Google

wurden, ergaben — es wurden Säugethiere, Vögel, Fische, Amphibien und Reptilien in die Untersuchung einbezogen —, dass unter den untersuchten Thieren das Rind und das Pferd die grösste Sehschärfe haben. Es folgen: Schaf, Schwein, Kautz, Kalb, Katze, Ziege, Mäusebussard, Hase, Hund, Delphin, Affe, Huhn, Rothkehlchen, Gans, ... Forelle, ... Frosch ..., schliesslich die Fledermaus.

Einigermaassen auffallend ist es, dass der Mäusebussard und der Affe nicht günstiger gestellt sind. Auch hätte man wohl erwartet, dass die Katze, der Hund und die Fledermaus, die doch auf Erhaschen lebender Beute angewiesen sind, sowie die Raubfische (Forelle) mit besonders scharfen Augen ausgestattet sind.

Diese Befunde deuten, wie Seh. meint, wieder auf die doppelte Art des Sehens hin, nämlich des wohl lokalisirten Sehens ruhender Objekte und des Sehens bewegter.

Der Mensch würde in der gegebenen Reihe einen sehr verschiedenen Platz einnehmen, je nachdem man der Sehschärfeberechnung für den Querschnitt des Zapfens den Werth von Kölliker (4.5 μ) oder den von M. Schulze angegebenen (2.5 μ) zu Grunde legt. Im ersteren Falle würde der Mensch dem Rinde ungefähr gleich zu stellen sein, im zweiten dagegen hoch über dieses zu stehen kommen. Dittler (Leipzig).

22. **Zur Theorie der Licht- und Farbenempfindung auf anatomisch-physikalischer Grundlage**; von Prof. E. Raehlmann in Weimar. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 48. 1907.)

R. giebt kurz den Inhalt seines Vortrages wieder, den er bei der 79. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Dresden gehalten hat. Bei allen Thieren, die ein lichtempfindliches Organ mit der Fähigkeit der Lokalisation des Lichtreizes — also ein Auge — haben, findet sich als Wesentliches dieses Organs die Sehzelle. Diese Sehzelle besteht aus einem Protoplasmakörper, der an dem einen Ende (peripherisch und lichtwärts) ein Stäbchen trägt und dessen anderes Ende in die Nervenfaser des Opticus übergeht. Bei niederen Thieren wird die ganze Netzhaut durch eine derartige Sehzelle vorgestellt. Bei höheren vereinigen sich mehrere Sehzellen zur Netzhaut. Bei fast allen wirbellosen Thieren sind die Stäbchen und Zapfen der Sehzellen dem einfallenden Lichte zugekehrt, so dass die Aetherbewegung in derselben Richtung fortgeleitet wird, in der sie einwirkt. Umgekehrt scheinen die Sehzellen der Wirbelthiere vom einfallenden Lichte abgewendet zu stehen. Doch ist das nur scheinbar der Fall. Bei den Wirbelthieren wird das einfallende Licht von den Aussengliedern der Stäbchen und Zapfen reflektirt und so in diejenige Bewegungsrichtung gebracht, die mit der Leitung der Sehnervenfasern im Wirbelthierauge übereinstimmt. Bei dieser Reflexion des Lichtes von der planen Fläche der Aussenglieder der Zapfen bei den Wirbelthieren oder von dem Tapetum bei einigen vereinzelten Wirbellosen (Pecten, Onchidium) kommen sogen. stehende Wellen zu Stande. Das optische Bild, das durch solche stehende Wellen entsteht, ist aus lauter Strahlen zusammengesetzt, die eine einheitliche Schwingung besitzen, derart, dass für die Strahlen je einer Wellenlänge, also für jede Farbe, die Maxima der Schwingung und die Knotenpunkte, an denen keine Schwingung stattfindet, immer genau in derselben Entfernung von der Reflexfläche liegen. Es kommt so in der Netzhaut ein farbiges Bild aus stehenden Wellen zu Stande, genau so wie das farbige Bild in der Bromsilberplatte der Lippmann-Photographie entsteht. An der Bromsilberplatte hat Dr. Neuhaus in Gross-Lichterfelde mit dem Mikroskop den Nachweis der Richtigkeit dieser Ueberlegung bringen können. Er photographirte nach dem Lippmann-Verfahren ein objektives Spectrum und wies nach, dass in der Bromsilberschicht nur dort eine Schwärzung, d. h. eine Verbindung von Eiweiss mit Silber stattfindet, wo Lichtbewegung stattfindet, also an den Wellenbergen, dass aber die Schicht da weiss bleibt, d. h. keine Zersetzung stattfindet, wo keine Aetherbewegung stattfindet, also an den Knotenpunkten. Es finden sich also geschwärzte Lamellen in Abständen gleich derselben Wellenlänge, parallel der Glasplatte verlaufend, unterbrochen durch ungeschwärzte.

Die stehenden Wellen sind für die Reinheit und Schärfe des optischen Bildes von grösster Bedeutung.

F. Schoeler (Berlin).

23. **Zur Theorie der Gefühlstöne der Farbenempfindungen**; von Dr. Rich. Müller-Freienfels in Berlin. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVI. 4. 1908.)

„Alle Gefühlstöne, die sich an Farbeneindrücke anknüpfen, sind ausserordentlich complicirte Erscheinungen. Der Gefühlston der Empfindung an sich ist beim erwachsenen Menschen überhaupt nicht isolirt zu finden, immer ist er verbunden und beeinflusst von Vorstellungsgefühlen der mannigfachsten Art. Dennoch ist er vorhanden, und zwar wäre er der wichtigste, weil nie ganz fehlende Faktor in jenen complicirten Phänomenen, die wir als Farbengefühle bezeichnen. Als Lust oder Unlust tritt er auf, je nachdem die Reizung der Netzhaut, bez. der coordinirten centraleren Neuronen die zur Verfügung stehende Dissimilationsenergie in adäquater oder allzu starker Weise erregt. Im Allgemeinen aber hat das Organ das Bedürfniss, gereizt zu werden, und es tritt dann ein Lustgefühl ein. Daher die starke Gefälligkeit aller lichtstarken und glänzenden Gegenstände. Auch von den einzelnen Theilen des Spectrum gefallen die lichtstarken besser bei der Mehrzahl der Menschen, immer freilich unter der Voraussetzung, dass associative Einflüsse in keiner Weise durchkreuzend eintreten. Die sogen. „kleinen Intervalle“ in Com-

binationen sind überhaupt für das Bewusstsein kaum Combinationen, sondern wirken als Einheit. Die Gefälligkeit dieser liegt zum Theil stets mit an einer reliefartigen, d. h. räumlichen Wirkung. Die Combinationen der grossen Intervalle dagegen sind danach lustbetont, je nachdem sie die verschiedenen Netzhautprocesse in gleichmässiger Weise in Thätigkeit setzen, ohne eine Art allzusehr in Anspruch zu nehmen. Auch dadurch, dass sie innerhalb derselben Substanz den antagonistischen Process fördern, können sie lustvoll wirken. Eine allmähliche Abstumpfung verschiebt dabei im Laufe der Entwickelung das Wohlgefälligkeitsmaximum von den diametralen Gegensätzen nach weniger starken, wobei freilich noch andere Einflüsse mitspielen. Wundt's Theorie vom Contrast der Partialgefühle zur Erklärung der Lustwirkung der Farbencombinationen ist abzulehnen. Die Wohlgefälligkeit der stärksten Sättigungsgrade ist nicht mehr reine Empfindungssache, sondern es kommen hier allerlei intellektuelle Einflüsse mit in's Spiel. Diese sind von der verschiedensten Art, theils von der Stellung der Farbe in Combination herrührend, theils anderen, individuellen Ursprungs. Die Entwickelung und Schulung des Farbensinnes scheint jedoch im Allgemeinen das Lustmaximum vom höchsten Sättigungsgrade etwas abzurücken, doch zeigt die Kunstgeschichte, dass auch Reaktionen häufig eingetreten sind. Dass bei Ornamenten die eingezeichneten Contouren die Farbenwerthe beeinflussen, liegt vielfach daran, dass die Aufmerksamkeit des Beschauers dadurch mehr räumlichen Gefühlen zugewandt wird. Ueberhaupt aber, das ist nicht oft genug zu wiederholen, giebt es einen Gefühlston der reinen Farbenempfindung nie und nirgends isolirt. Irgendwie spielen immer Vorstellungsgefühle hinein. Und schon darum wird es auf die Dauer sich als unmöglich erweisen, was heute besonders die modernst-französische Malerei und ihre litorarischen Heroldo als das höchste Ziel der Kunst erstreben, die Vorstellungen möglichst ganz zurückzudrängen und die Bilder nur als wohlgefällige und geistvolle Farbencombinationen zu geniessen. Selbst wenn das möglich wäre, würde sich die Malerei auf die Dauer doch ihres stärksten Wirkungsmittels berauben, was doch immer die an Vorstellungen geknüpften Gefühle sind. Denn jene Empfindungsgefühle, selbst wenn man sie wirklich in Reincultur darstellen könnte, wären isolirt doch viel zu schwach, um auf die Dauer allein, wenigstens für ein grösseres Publicum, die ästhetischen Bedürfnisse zu bestreiten."

Es wäre wünschenswerth, dass sich die modernsten Maler diesen Gedankengang auch einmal klar machten. F. Schoeler (Berlin).

24. **Beitrag zur Lehre vom Farbengedächtniss;** von Lotte Kries u. Elisabeth Schettelius. (Ztschr. f. Psychiol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XLII. 3. p. 192. 1907.)

Die Versuche galten der Ermittelung der Genauigkeit, mit der Farben, die einige Zeit zuvor am Spektralapparat gezeigt sind, nach dem Gedächtniss wieder eingestellt werden können. Es ergab sich, dass diese „Gedächtnissreihen" Fehler aufweisen, die das 2—5fache des mittleren Fehlers bei Einstellung eines Farbentones mit einem anderen (von König) betragen. Ebenso wie dort liegt auch hier ein Maximum der Genauigkeit im Gelb und eines im Blaugrün. Ein principieller Unterschied zwischen den sogen. Grundfarben und den Mischfarben wurde nicht gefunden.

Dittler (Leipzig).

25. **Studien über die Reaktionszeiten für das hell- und dunkeladaptirte Auge;** von Alf. Nyman. (Skandin. Arch. f. Physiol. XIX. 6. p. 365. 1907.)

Auf Grund mehrfacher Versuchreihen fand N., „dass die Reaktionszeit des dunkeladaptirten Auges bei einer und derselben objektiven Reizintensität 0.015 bis 0.02 Sek. länger als die Reaktionszeit des helladaptirten Auges sei. Dieser Unterschied zeigte sich durchgehend von der Schwelle für das helladaptirte Auge an bis so hoch in der Intensitätsscala hinauf, wie die Untersuchung getrieben wurde. Eine Analyse des Phänomens zeigt, dass es sich hier um einen Unterschied zwischen der Reaktionszeit der Stäbchen und der Zapfen nicht handelt, sondern um eine Verzögerung der Zapfenreaktion in dem dunkeladaptirten Auge — gegenüber derselben Reaktion in dem helladaptirten Auge. Möglicherweise kann diese Verzögerung in Zusammenhang mit der Verlängerung des Zapfeninnengliedes in dem dunkeladaptirten Auge gestellt werden."

F. Schoeler (Berlin).

26. **Ueber die Vertheilung der Empfindlichkeit für farbige Lichter auf der helladaptirten Netzhaut;** von C. L. Vaughan u. B. Boltunow. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol.] XLII. 1. p. 1. 1907.)

„Unter den Bedingungen des möglichst reinen Tagessehens ist die Empfindlichkeit für rothes, grünes und blaues Licht im Netzhautcentrum weitaus am grössten und fällt nach der Peripherie hin ziemlich schnell in einer für alle Farben fast ganz übereinstimmenden Curve ab, so dass die Empfindlichkeit 10° abseits von der Fovea nur noch rund $^1/_4$, bei 20° $^1/_{10}$ bis $^1/_{20}$, bei 35° $^1/_{10}$ der fovealen beträgt. Unter den Bedingungen des Dämmerungssehens sinkt für reines Roth die Empfindlichkeit ebenfalls ein wenig nach der Peripherie hin, während sie für die anderen Farben rapide steigt."

F. Schoeler (Berlin).

27. **Zum Studium des Bewegungsnachbildes;** von A. v. Szily, Budapest. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol.] XLII. 2. p. 109. 1907.)

Mit sehr einfachen Versuchvorrichtungen, d. h. im Inneren eines mit schwarz und weiss senkrecht

gestreiftem Kattun bezogenen Hohleylinders, der um die senkrechte Achse gedreht wird, hat S. folgende merkwürdige Ergebnisse festgestellt: 1) Beschränkt man den optischen Bewegungseindruck auf einen verhältnissmässig kleinen centralgelegenen Theil des Sehfeldes, so tritt eine Scheinbewegung der ruhenden Gegenstände in entgegengesetzter Richtung auf. 2) Wenn man jedoch den Bewegungseindruck von der mittleren Partie des Sehfeldes ausschliesst, hingegen von der Peripherie her in weiter Ausdehnung empfängt, ist die nachfolgende Scheinbewegung mit dem vorhergehenden objektiven Bewegungseindruck gleichgerichtet. 3) Diese gleichgerichtete Nachbewegung tritt auch dann auf, wenn man das ganze Sehfeld dem Bewegungseindruck darbietet.

F. Schoeler (Berlin).

28. **Ueber eine optische Täuschung;** von Prof. A. v. Reuss in Wien. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol.] XLII. 2. p. 101. 1907.)

Bei einem rotirenden Zündapparate für Gasflammen machte v. R. die Beobachtung, dass bei Betrachtung aus grösserer Entfernung sich scheinbar die Drehungsrichtung änderte. Er stellte Versuche unter verschiedenartigsten Bedingungen an, um sich den Grund dieser Erscheinung klar zu machen und kam zu folgendem interessanten Ergebnisse: Wenn man bei einer Gesichtwahrnehmung, die eine doppelte Deutung zulässt, die *eine* dieser Deutungen festhält, und dann irgend eine Aenderung in der Deutlichkeit des Netzhautbildes eintreten lässt, so kommt sogleich die andere Deutung zur Geltung. Es ist dabei gleichgültig, ob man weiss, welche Deutung die richtige ist und es ist auch dann die Umdeutung möglich, wenn nur eine Aenderung im Grade der Undeutlichkeit stattfindet.

F. Schoeler (Berlin).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

29. **Ueber neue Wege und neue Probleme in der Immunitätslehre.** *II. Versuch einer Infektionstheorie;* von Ph. Eisenberg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 7. p. 638. 1907.)

E. stellt eine dynamische Infektiontheorie auf, die die Angriff- und Abwehrfunktionen der pathogenen Bakterien erst im Verlaufe der Infektion entstehen lässt, als Reaktion auf den Anpassungreiz, der vom Körper ausgeht. Der Hauptfaktor dieser Anpassung ist die reaktive Hypertrophie des Ektoplasma, während die vermehrte Ausscheidung von endotoxisch und leukotoxisch wirksamen Ektoplasmatheilchen (freien Receptoren) für die Infektionbegünstigung erst in zweiter Reihe in Betracht kommt. Im Gegensatze hierzu erkennen Kruse, Deutsch und Bail nur der Sekretion eine Rolle im Infektionmechanismus zu. Die Virulenz ist die Summe aller erwähnter Faktoren, deren Combination und Grad bei verschiedenen Arten wechselt. Die Eigenart des inficirten Körpers und seiner Abwehr, sowie die Vergangenheit des Infektionerregers entscheiden, inwiefern die im Artcharakter des Infektionerregers fundirte Reaktionthätigkeit zur Bethätigung gelangt. Der principielle Unterschied zwischen Ekto- und Endotoxinen besteht nicht, da beide vital und durch Zellenzerfall ausgeschieden werden können. Die dynamische Auffassungsweise wird von den aggressiven Funktionen auch auf die eigentlich krankmachenden ausgedehnt, namentlich auf die Giftbildung, die durch die vom Körper ausgehenden Reize angeregt resp. gesteigert wird. Walz (Stuttgart).

30. **Ueber die Infektion begünstigende, aggressinartige Wirkung der Filtrate junger Bouillonculturen;** von E. Levy u. Frau Gransström-Woskobeinikow. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 4. p. 360. 1907.)

L. u. G. haben untersucht, ob auch noch andere Bakterien, die keine Toxine in der früheren, alten Auffassung erzeugen, aggressinartig wirkende Stoffwechselprodukte ausscheiden und fanden, dass dieses bei Pyocyaneus und Proteus der Fall ist.

Walz (Stuttgart).

31. **Das Hühnercholeraaggressin und seine Wirkungsweise;** von E. Weil. (Arch. f. Hyg. LXV. 2. p. 81. 1908.)

Die infektionbefördernde Wirkung des Hühnercholeraaggressins kann nicht darin liegen, dass es durch Giftschädigung die Widerstandfähigkeit der Thiere herabsetzt, auch nicht in einer Ausschaltung bakterieider Antheile der Körperflüssigkeiten, einer Inactivirung der Säfte im opsonischen Sinne oder in einem Bindungsvorgang. Sämmtliche gegen die Aggressinwirkung vorgebrachten Einwände treffen daher für das Hühnercholeraaggressin nicht zu.

Woltemas (Solingen).

32. **Weitere Untersuchungen über die Bedeutung der Leukocyten für die Immunität;** von A. Pettersson. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 2 u. 3. p. 160. 235. 1907.)

P. stimmt mit Gruber und Futaki darin überein, dass die Milzbrandbacillen beim Normalkaninchen und in der Bauchhöhle des normalen Meerschweinchens von den Leukocyten nicht aufgenommen werden. Beim Immunkaninchen ist jedoch die Phagocytose unzweifelhaft. Die Schutzwirkung des Milzbrandimmunserum besteht darin, dass es ermöglicht, dass die baktericiden Stoffe in Berührung mit den Bacillen kommen. Bezüglich der Wirkungsweise der nicht bakteriolytischen Immunsera ist es denkbar, dass sie Substanzen enthalten können, die die Vernichtung der Bakterien durch die Leukocytenstoffe erleichtern.

Walz (Stuttgart).

33. **Das Verhalten der Leukocytose bei der Serumkrankheit;** von Dr. Bianca Bienenfeld. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XV. p. 178. 1907.)

B. studirte das Verhalten der Leukocyten bei 10 Kindern, denen grössere Mengen artfremden Serums (Scharlach- und Tetanusserum) einverleibt waren, während mehrerer Wochen und kam dabei zu folgendem Ergebnisse: „Die Injektion grosser Serummengen hat zweierlei Wirkungen auf die Leukocytenzahl zur Folge. Zu der in der Literatur beschriebenen, nach der Injektion sofort eintretenden Leukopenie und folgenden Leukocytose, die man wohl mit Rücksicht auf den raschen Ablauf der Erscheinungen auf die Wirkung negativer Chemotaxis setzen könnte, kommt eine in den meisten Fällen von Serumkrankheit auftretende, den übrigen Symptomen angegliederte Leukopenie. Dieselbe setzte nach einem Leukocytenanstieg in der Incubationzeit in 5 Fällen um 7.—9. Tage nach der Seruminjektion ein. ... Die Leukocytenverminderung hielt durch 5—14 Tage an und erreichte ihr Minimum zwischen dem 10.—19. Tag nach der Einverleibung der fremdartigen Substanz. Das Minimum der Leukopenie bewegte sich zwischen den Grenzwerthen von 2500—6400 Leukocyten im mm^3. In 6 Fällen trat der Leukocytenabsturz synchron mit oder einen Tag vor den übrigen Erscheinungen der Serumkrankheit (Fieber, Oedem, Drüsenschwellungen) auf, nur in einem Falle kam es später zur Leukocytenverminderung." Die Verminderung der weissen Blutkörperchen betrifft die neutrophilen, polymorphkernigen Leukocyten.

Brückner (Dresden).

34. **Ist die erworbene Immunität vererbbar?** von D. Konrádi. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 1 u. 2. p. 41. 139. 1908.)

Es können die Nachkommen wohl solche Eigenschaften erwerben, die die Eltern eine geraume Zeit vor der Conception sich erworben haben, es ist dies jedoch keine allgemeine Regel, da die Jungen ein und desselben Wurfes beim Hunde ungleiches Verhalten zeigen. Die Prüfung der Giftfestigkeit solcher Nachkommen, deren Vater eine erworbene, deren Mutter aber eine angeborene Immunität hatte, zeigte, dass die Enkel keine Immunität ererben, auch dann nicht, wenn der Vater eine aktive Immunität besass.

Walz (Stuttgart).

35. **Ueber das Verhalten der Hämotropine immunisirter Mütter und deren Jungen;** von M. Sohma in Tokio. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 21. 1908.)

Hämotropine gehen beim Meerschweinchen nicht von der Mutter auf den Foetus über, wohl aber werden sie mit der Milch ausgeschieden. Dippe.

36. **Untersuchungen über den Opsoningehalt des Blutes gesunder, immunisirter Mütter und Neugeborener;** von Dr. M. v. Eisler und Dr. M. Sohma. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 19. 1908.)

Das Blutserum neugeborener Kaninchen und Meerschweinchen besitzt dieselbe opsonische Kraft, wie das erwachsener Thiere. Junge Föten besitzen überhaupt noch keine Opsonine. Diese treten erst im Anfange des letzten Schwangerschaftdrittels auf, nehmen dann stetig zu und erreichen kurz vor der Geburt den üblichen Werth.

Ein Uebergang von Immunopsoninen von der Mutter auf den Foetus war nicht festzustellen; wohl aber enthält die Milch immunisirter Thiere, im Gegensatze zur normalen Milch, sicher nachweisbare Mengen von Opsoninen. Dippe.

37. **Ueber die Präexistenz des Alexins im cirkulirenden Blute.** *Gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Blutgerinnung und des Alexingehaltes des Humor aqueus;* von Dr. Rudolf Schneider. (Arch. f. Hyg. LXV. 4. p. 305. 1908.)

Schn. theilt Versuche mit, nach deren Ergebnissen er die Präexistenz der Alexine im strömenden Blute für gesichert hält. „Eine extravaskuläre Bildung der im Serum wirksamen Stoffe kann, nachdem die verschiedensten Modifikationen bei der Gewinnung keinen Einfluss auf die hämolytische und baktericide Kraft der Sera und Plasmen gezeigt haben, füglich ausgeschlossen werden." Entscheidend sei besonders der Nachweis, „dass auch die plättchen- oder vielmehr anthrakocidinfreien Blutflüssigkeiten in ihrer Wirksamkeit mit den entsprechenden Seris völlig übereinstimmen". Sehr wichtig ist die Thatsache, dass der Humor aqueus, „ein zellfreies Bluttranssudat" Alexin enthält.

Bezüglich der Blutgerinnung glaubt Schn. gefunden zu haben, dass auch die Vorstufen des Fibrinfermentes im Kaninchenblute in einer gewissen Menge gelöst vorhanden sind. Dippe.

38. **Experimentelle Beiträge zur Antikörperbildung bei immunisirten Thieren;** von Y. Fukuhava. (Arch. f. Hyg. LXV. 4. p. 275. 1908.)

F. suchte festzustellen, ob diejenigen Organe, die die Immunkörper bilden, durch Reize zu erhöhter Thätigkeit angeregt werden können. Er liess den Reiz zu einer Zeit einwirken, zu der die Immunität im Abnehmen begriffen war, und fand, dass sie durch mässige Abkühlung, durch Erwärmung, durch kleine Alkoholmengen und durch Einspritzung von Organextrakten deutlich wieder gesteigert wurde. Dippe.

39. **Ueber die phagocytosebefördernden Substanzen des Blutserums;** von Dr. Kurt Meyer. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20. 1908.)

M. beschäftigte sich zunächst mit den *Opsoninen* und stellte fest, dass sie die gleiche Constitution haben, wie die Bakteriolysine: sie bestehen aus einer thermostabilen, direkt von den Bakterien auch bei 0° absorbirbaren Componente und einer thermolabilen complementär wirkenden.

Digitized by Google

„Die Opsonine werden bei 37° nicht quantitativ gebunden, sei es, dass die Bindung zwischen Amboceptor und Complement locker bleibt, oder dass die Bindung zwischen Bakterien und Amboceptor leicht dissociabel ist."

Ob dieses Verhalten genügt, um die Identificirung von Bakteriolysinen und Opsoninen zu verbieten, müssen weitere Untersuchungen lehren. Dippe.

40. **Ueber die Prophylaxis der chirurgischen Infektionen vermittelst präventiver Immunisirung;** von Dr. G. Lerda. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 4. 1908.)

Es ist möglich, auf experimentellem Wege bei Meerschweinchen und Kaninchen in nicht langer Zeit durch Einimpfen von Gemischen aus sterilisirten Culturen vielfacher Varietäten von Staphylo- und Streptokokken oder noch besser ihrer Toxine einen beträchtlichen Grad von Immunität gegen diese Keime zu erzeugen: diese Immunität hat einen polyvalenten Charakter. Die Vornahme dieser Impfung verursacht beim Menschen keine grösseren Störungen, als sie durch Einimpfen des Vaccins gegen Pest, Cholera und Typhus hervorgerufen werden. Selbst wenn man theoretisch diesen Impfungen ein specifisches Immunisirungsvermögen absprechen wollte, so könnte man doch nicht leugnen, dass sie das Vermögen besitzen, eine starke Leukocytose zu erregen. P. Wagner (Leipzig).

41. **Ueber Pyocyanase;** von P. Bermbach. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 4. p. 355. 1907.)

Die bisherigen Arbeiten über Pyocyanase-Immunserum beschäftigen sich fast ausschliesslich mit den baktericiden Eigenschaften. B. macht nun darauf aufmerksam, dass die *antitoxische* Wirkung noch ausgeprägter ist. Es darf wohl angenommen werden, dass das Toxin, das der Pyocyanase ihre Wirkung verleiht, dasselbe ist, wie das in den Bouillonculturen des Pyocyaneus beobachtete.

Walz (Stuttgart).

42. **Ueber die Antikörper des Meningococcus;** von Dr. Markl. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 2. p. 175. 1907.)

Nach M. ist es durchaus nicht so schwer, wie man früher glaubte, Antikörper des Meningococcus selbst bei kleineren Laboratoriumthieren zu gewinnen. Unerlässlich ist es nur, wenigstens 24 Stunden alte Culturen zu ihrem Nachweise zu verwenden, weil diese Antikörper auf ganz junge Kokken weniger einwirken. Walz (Stuttgart).

43. **Bakteriolytisches Serum gegen Vibrionen ohne bakteriotrope Wirkung;** von St. Bächer. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 2. p. 166. 1907.)

B. hat durch Immunisirung mit Vibrio Eltor V ein Serum gewonnen, das deutlich gesteigerte specifische baktericide Fähigkeit für Choleravibrionen besass, ohne auf dieselben Stämme stärker bakteriotrop zu wirken, als normales Serum. Da Neufeld und Hüne gleichzeitig baktericid und bakteriotrop wirkende Sera herstellen konnten, ergiebt sich, dass diese beiden Wirkungen nicht auf dem gleichen Antikörper beruhen können. Walz (Stuttgart).

44. **Ueber Toxine und Antitoxine des Choleravibrio.** *Experimentelle Grundlage einer antitoxischen Cholera therapie;* von R. Kraus und V. K. Russ. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 3. 4. 5. p. 258. 332. 417. 1907.)

Auf Grund eingehender Untersuchungen kommen Kr. u. R. zu dem Resultate, dass die Cholera asiatica als Toxikose aufzufassen sei, deren Ursache die vom Vibrio gebildeten Toxine sind. Das Serum aktiv immunisirter Thiere besitzt specifisch antitoxische Eigenschaften gegenüber dem Choleratoxin. Dieses Antitoxin vermag nicht nur die Gifte in vitro zu neutralisiren, sondern auch Thiere zu heilen. Die Endotoxinlehre Pfeiffer's halten Kr. und R. durch ihre Versuche für widerlegt.

Walz (Stuttgart).

45. **Untersuchungen über Bakterien der Coligruppe;** von A. Burk. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 7. p. 577. 1907.)

Die Versuche, die zur Coligruppe gehörenden Bakterien auf Grund morphologischer und biologischer Merkmale in bestimmte Unterabtheilungen zu trennen, gelangen zwar nicht, doch ergaben sich an 139 verschiedenen Stämmen immerhin auffallende Unterschiede. Im gleichen Darme kommen gleichzeitig verschiedene Spielarten vor; etwa 25% der im Erwachsenen vorkommenden Colibakterien werden vom Serum derselben Person oder von fremdem Serum bei 1:30 agglutinirt. Dass manche Colistämme von den meisten Seren in erheblicher Höhe agglutinirt werden, ist bei der Diagnose einer Coliinfektion zu beachten. Die Serumdiagnose ist zur Differenzirung ungeeignet. Colistämme aus dem eigenen Stuhle können von fremdem Serum stärker agglutinirt werden als vom eigenen.

Walz (Stuttgart).

46. **Immunisirende Wirkung der normalen Hirnsubstanz verschiedener Thiere und immunisirende, lyssicide und baktericide Wirkung des Cholesterins und des Lecithins;** von C. Fermi. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 1. p. 67. 1907.)

Die weiteren Untersuchungen ergaben, dass die immunisirenden Eigenschaften der normalen Hirnsubstanz gegen Tollwuth bei verschiedenen Thieren sehr verschieden ist, bei Truthühnern geringer, als beim Kaninchen, Hund, Schaf und Ochsen, und beim Huhne gleich Null ist. Cholesterin und Lecithin waren unwirksam, zeigten auch keine lyssicide oder baktericide Wirkung.

Walz (Stuttgart).

47. **Ueber die immunisirende Kraft der normalen Nervensubstanz, verglichen mit der Wuthnervensubstanz, der Wuth gegenüber;** von C. Fermi. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 1. 2. 3. p. 68. 168. 259. 1908.)

Die eingehenden Versuche F.'s zeigen, dass fast kein Unterschied zwischen der immunisirenden

Wirkung der normalen und der der Wuthnervensubstanz zu finden ist. Die immunisirende Kraft der normalen Nervensubstanz scheint mit der Empfänglichkeit der Thierart für die Wuthkrankheit zu steigen, denn die Scala der verschiedenen Nervensubstanzen bezüglich ihrer immunisirenden Wirkung ist: Ratte, Kaninchen, Lamm, Ochse, Hund, Truthahn, Frosch, Huhn. Walz (Stuttgart).

48. **Einiges über angewandte Bakteriologie;** von M. Neisser. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 225. 1908.)

N. schildert in anschaulicher Weise die Aufgaben des Bakteriologen als Sachverständigen, die Art des Betriebes in den bakteriologischen Untersuchungsanstalten und die vielfachen Fehler, die bei der Uebersendung von zu untersuchendem Materiale an die Anstalten begangen werden. Wollemns (Solingen).

49. **Ueber den Einfluss der Hefenucleinsäure auf die Virulenz menschlicher Tuberkelbacillen;** von R. Bachrach u. J. Bartel. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 35. 1907.)

Die von Kossel festgestellten baktericiden Wirkungen von reinen Nucleinsäurelösungen geringer Concentration auf verschiedene Keime liessen sich bei analogen Versuchen mit Tuberkelbacillen nicht nachweisen. Dagegen fanden B. u. B., dass die Anwesenheit von Nucleinsäure (1‰ bez. 10%) in 1proc. wässeriger Nährstoff-Heyden-Lösung die Virulenz von zugesetzten Tuberkelbacillen-Emulsionen nach einiger Zeit vernichtet.

Löhlein (Leipzig).

50. **Ueber die differentialdiagnostischen Färbemethoden der Perlsuchtbacillen nach Spengler;** von Dr. E. Suess. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 34. 1907.)

S. kommt nach ziemlich ausgedehnten Untersuchungen zur Ablehnung der von Spengler angegebenen Methode zur sicheren färberischen Charakteristik von Perlsuchtbacillen. Löhlein (Leipzig).

51. **Experimentelle Untersuchungen über biologische Beziehungen des Tuberkelbacillus zu einigen anderen säurefesten Mikroorganismen und Aktinomyceten;** von Ernst Fritzsche. (Arch. f. Hyg. LXV. 3. p. 181. 1908.)

In ihrem Wachsthume beeinträchtigten die untersuchten säurefesten Bakterien einander nicht; sie wuchsen gut auf Nährböden, auf denen schon einmal ein Bacillus derselben Gruppe gewachsen war. Sie liessen sich durch die Agglutination nicht scheiden. Es gelang nicht, Meerschweinchen durch Vorbehandlung mit säurefesten Bakterien und Aktinomyceten gegen Tuberkulose zu immunisiren. Die Vorbehandlung mit Blindschleichentuberkelbacillen verlängerte allerdings die Lebensdauer auffallend.

Dippe.

52. **Ueber das Aufwärtswandern der Bakterien im Verdauungskanale und seine Bedeutung für die Infektion des Respirationstractus;** von F. Dieterlen. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 5. p. 385. 1907.)

Nach Uffenheimer, der sich auf Grützner's Resultate beruft, gehen Keime, per rectum eingeführt, entgegen der Peristaltik nach oben und können durch Oesophagus und Trachea bis in die Lungen gelangen. Nach D. bestehen Unterschiede beim Fleisch- und beim Pflanzenfresser. Bei ersterem steigen die Keime entweder nicht auf, oder werden durch den Magensaft abgetödtet. Walz (Stuttgart).

53. **Contributions à l'étude de la tuberculose expérimentale du cobaye (infection et essais de vaccination par la voie digestive);** par A. Calmette, C. Guérin et M. Breton. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 6. p. 401. 1907.)

Bei Fütterung junger oder erwachsener Meerschweinchen mit Tuberkelbacillenemulsion werden diese Thiere stets tuberkulös. Besonders die Lymphdrüsen und Lungen werden ergriffen. Die Milz und die anderen Bauchorgane sind fast nie betheiligt, aber zuweilen die Hoden, Gelenke und Bronchialdrüsen. Tuberkelbacillen, die durch Hitze oder Maceration in Alkohol abgetödtet oder ihrer Fettschicht beraubt wurden, sind bei intestinaler Einverleibung für das Meerschweinchen giftig, in geringen Mengen verleihen sie eine bemerkenswerthe Resistenz gegen Infektion mit virulenten Bacillen. Stärkere Resistenz verleiht die Infektion mit Bacillen, die entweder 10 Tage bei 37° in 10proc. Salzwasser digerirt oder in Jodjodkaliumlösung macerirt oder 10 Minuten bei 100° erhitzt sind. Walz (Stuttgart).

54. **Experimentelle Staubinhalationskrankheiten der Lungen;** von Dr. C. Lubeau. (Arch. f. Hyg. LXIII. 4. p. 391. 1907.)

Versuche an Meerschweinchen und einzelnen kleinen Kaninchen. Die Ergebnisse geben wir mit den eigenen Worten des Vfs. wieder:

„1) Je feinkörniger eine Staubart ist, desto leichter wird sie nicht nur eingeathmet, desto leichter gelangt sie vielmehr auch in das interstitielle Lungengewebe: hier ist sie stets reichlich abgelagert anzutreffen und nach dem Grade ihrer Schädlichkeit ruft sie pathologische Veränderungen verschiedener Ausdehnung hervor. Diese stellen sich entweder als akute, katarrhalische Lungenentzündungen dar oder bestehen in chronischen interstitiellen Wucherungen von flächenhafter Ausdehnung, so dass ganze Lappen veröden können. Die Alveolarepithelien betheiligen sich mehr oder minder stark an dem Wucherungsprocesse; gegebenenfalls, so beim Kalkspat, können dieselben ganz überwiegen.

In erster Linie tragen die mineralischen und metallischen Staubarten den feinkörnigen Charakter, den man jedoch auch bei den organischen Stoffen, so dem Tabak, Hanf, Elfenbein und besonders Kohle antrifft; dieselben gleichen also in ihrer Wirkungsweise den Mineralien und Metallen.

2) Viele andere organische Substanzen dagegen, wie Holz, Leder, Filz, Papier geben einen mehr gröberen, faserigen Staub, dessen oft spitze und scharfe Fragmente nicht in das interstitielle Lungengewebe eindringen, sondern, sich in den Bronchien festsetzend, hier vornehmlich ihre Wirkung entfalten, indem sie mehr oder minder starke eiterige oder schleimig-eiterige Katarrhe erzeugen; von letzteren aus entwickeln sich Bronchopneumonien

oder chronische, interstitielle Wucherungen, die sich vornehmlich um die Bronchien gruppiren. In das interstitielle Gewebe gelangen nur gelegentlich feine Theilchen der gröberen Fragmente.

3) Im Widerspruche mit den Beobachtungen Arnold's, der erst nach monatelanger Einwirkung gröbere Lungenveränderungen nachweisen konnte, lehren diese Versuche, dass schon nach einer relativ kurzen Inhalationsdauer (1 Woche) sich im Laufe der Zeit ($^1/_2$ Jahr), währenddessen eine Staubeinathmung ausgeschlossen war, die schwersten Lungenveränderungen entwickeln können, falls eine genügende Menge gesundheitsschädlichen Staubes in die Lungen dringt, da die Staubreinigung sich sehr allmählich vollzieht.

4) Die Staubreinigung kann auch recht verschieden ablaufen, so war sie z. B. beim Sandstein, Elfenbein, besonders auch bei Blende und auch Schamotte nach Ablauf eines halben Jahres fast complet, während zu dieser Zeit Reste, z. B. von Dolomit und Bleiglanz, Kalkspat, Erzgestein, Marmor, Granit, Ziegel, Thomasschlacke sogar noch in den Alveolen deutlich nachweisbar waren.

5) Es können indess auch Staubarten, bei denen sich die Reinigung der Lungen relativ leicht vollzieht, wie z. B. Schamotte, nichtsdestoweniger sehr erhebliche Veränderungen zurücklassen.

6) Einen Ueberblick über die Gefährlichkeit der verschiedenen Substanzen, mit denen experimentirt wurde, giebt folgende Zusammenstellung: Am schädlichsten waren: Schamotte, Thomasschlacke, Kalkspat, Erzgestein, Dolomit und Bleiglanz, Bronze, Holz, Elfenbein, Hanf, Tabak, Horn. Weniger gefährlich waren: Sandstein, Porcellan, Cement, Glas, Chamoisestaub, Tonschiefer und Grauwacke, Galmei, Staub aus einer Getreidemühle. Relativ ungefährlich waren: Granit, Marmor, Gips, Ziegel, Blende, Leder, Papier, Filz und besonders Kohlenruss.

7) Aus den erheblichen Unterschieden, die die oben beschriebenen Lungenprocesse an Ausdehnung und Intensität aufweisen, als auch aus der speciellen Wirkungsweise mancher Staubarten (z. B. Holz) ergiebt sich, dass die verallgemeinernde Anwendung der Beobachtungen, die Arnold mit Sandstein, Smirgel, Russ und Ultramarin gewann, auf andere Staubarten nicht ohne weiteres zulässig ist; es scheint vielmehr nothwendig, sich über den einzelnen Fall vermittelst des Experimentes zu orientiren, indem zum Vergleiche eine in ihrer Wirkung bekannte Staubart, z. B. der unschädliche Kohlenruss, genommen wird.

Unter Umständen erscheint eine solche Untersuchung auch insofern von grossem praktischen Werthe, als nach tödtlichen Lungenentzündungen, die in Folge von Staubeinathmung sich entwickelten, mit Erfolg Schadenersatzansprüche auf Grund der Unfallgesetzgebung schon erhoben sind, so in einem mir bekannten Falle, wo beim Abladen von Thomasschlackenmehl ein Sack im Schuppen platzte, so dass sich plötzlich eine enorme Staubwolke entwickelte, die der Arbeiter einzuathmen gezwungen war; die Staubsplitter waren vermittelst der Berliner Blaureaktion in dem pneumonischen Exsudate leicht nachweisbar; auf Grund letzterer Thatsache Anerkennung der Ansprüche." Dippe.

55. **Die Knötchenlunge;** von Albert Uffenheimer in München. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XC. 3 u. 4. p. 248. 1907.)

U. versteht unter Knötchenlunge Erscheinungen an den Lungen von Meerschweinchen, die mit Blut und Drüsen von vor Kurzem mit Tuberkelbacillen gefütterten Neugeborenen geimpft worden sind. Es sind dieses Knötchen von runder Form und makroskopisch eben sichtbar. Sie sind den grauen Tuberkeln ähnlich und brauchen zur völligen Entwickelung viele Monate. Man hat es nicht mit echten Tuberkeln zu thun, sondern mit grossen Lymphknötchen in lebhafter Thätigkeit. Da U. früher die Ansicht vertreten hatte, dass diese Knoten die Reaktion des Körpers gegen irgend eine Schädlichkeit bedeuteten, ja dass zwischen den verfütterten Tuberkelbacillen und der Knötchenlunge der Impfthiere kein Connex bestände (vielleicht Immunisirungsvorgänge), stellte er Thierversuche an. Diese Lymphknötchen bildeten sich in der Regel nur an den Lungen und enthielten oft viele eosinophile Zellen. Die Knötchenthiere blieben auf Bacilleninjektion nicht vor dem Ausbruche der Tuberkulose verschont, wenn auch eine erhöhte Resistenz bestehen mag. Weiterhin musste die Frage, ob nicht auch andere Keime, als der Tuberkelbacillus, mit den Drüsen verimpft, zur Knötchenlunge führen könnten, verneint werden, wenigstens im Allgemeinen. Wohl aber zeigten sich die besprochenen Knötchen, wenn nur Körpersubstanz von Jungthieren der gleichen Art zugeführt wurde.

Kaupe (Bonn).

56. **Zur Aetiologie der fibrinösen Bronchitis;** von Dr. R. Eiselt. (Casopis lékařů českých. p. 1010. 1906.)

E. beschreibt einen Fall mit Bronchialausgüssen und Curschmann'schen Spiralen im Sputum, in dem daneben haufenweise Micrococcus catarrhalis und Pneumobacillus Friedländer gefunden wurden, auf deren gemeinsame Wirkung E. die Entstehung der Krankheit zurückführt.

G. Mühlstein (Prag).

57. **Ueber zwei Fälle von „fötaler Bronchektasie";** von E. Sandoz. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLI. 3. p. 495. 1907.)

2 Zwillingsschwestern starben im Verlaufe eines Vierteljahres im Alter von 18 Jahren unter den Erscheinungen der Lungenphthise, ohne dass Bacillen nachzuweisen waren. Beide Lungen enthielten zahlreiche an Emphysemblasen erinnernde Hohlräume, die mikroskopisch als Dilatationen der feinsten Bronchen sich darstellten und von einem Granulationsgewebe umgeben waren, das stellenweise die Hohlräume ganz comprimirt hatte. S. nimmt an, dass die Ausbildung der Lungen theilweise im 6. Monate des fötalen Lebens stehen geblieben ist, also kurz vor der Ausbildung der Alveolen. Die später hinzukommenden oder stärker hervortretenden chronisch entzündlichen Veränderungen haben dann stellenweise das ursprüngliche Aussehen der Lungen sehr verändert. Obgleich keine positiven anamnestischen Angaben vorhanden waren und eine Untersuchung der Mutter, sowohl als auch die weitere Sektion der Schwestern keine Anhaltepunkte für Syphilis ergaben, möchte S. doch eine congenitale syphilitische Grundlage für sehr wahrscheinlich halten. Vorsé (Leipzig).

58. **Sur une forme insolite de dilatation bronchique de l'enfant; dilatation bronchique à revêtement du type syncytial;** par J. Hallé. (Arch. de Méd. expérim. XIX. 2. p. 214. 1907.)

Bei einem 2jähr. Kinde fanden sich enorme Bronchektasien mit Cavernen, deren epitheliale Bekleidung syncytialen Charakter trug. H. lässt die Frage offen, ob dieses plasmodiale Gewebe als Beweis für die ausser-

ordentliche Aktivitat des Dilatationprocesses oder als besondere, bis jetzt unbekannte Erkrankung anzusehen ist.
Walz (Stuttgart).

59. **A case of waxy bronchocele with amyloid disease of the air passages and lung**; by J. Miller. (Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XI. 4. p. 426. 1907.)

Bei einer 28jähr. Frau mit einem seit 6½ Jahren bestehenden nicht tuberkulösen Empyem fand sich neben Amyloid der Trachea, Bronchen, Lungen, Leber, Milz, Nieren, Lymphdrüsen eine Amyloidstruma. Letztere zeigte Vermehrung des Bindegewebes um die Acini, diffuses Amyloid aller Capillaren und Arterien im Stroma und theils Dilatation, theils Atrophie der Acini mit Schwund des Colloids.
Walz (Stuttgart).

60. **Contributo allo studio della patogenesi del rene cistico**; per il Dott. Domenico Taddei, Firenze. (Rif. med. XXIV. 13. 14. p. 343. 375. 1908.)

Dafür, dass eine *Cystenniere* auch das Produkt *entzündlicher* Vorgänge sein kann, wird ein Beleg angeführt. Als Entstehung kam eine Nephritis unbekannter Herkunft in Betracht (31jähr. Frau; 3 Partus?). Neben ausgedehnter Zerstörung des Nierenparenchyms liess sich mikroskopisch eine Neubildung epithelialer Elemente nachweisen. Theils Einschmelzung von Gewebetheilen, theils Retention innerhalb neugebildeter Bezirke soll dann zur Bildung der Cysten geführt haben. Alle diese degenerativen und inflammatorischen Processe bestanden nicht nur in den cystisch entarteten Bezirken, sondern fanden sich ganz diffus über die Niere vertheilt.

Die Erkrankung bestand nur einseitig, und zwar war die Niere sehr beweglich, was vielleicht ätiologisch einen Anhaltepunkt giebt. Nach der Nephrektomie trat völlige Genesung ein.
Fischer-Defoy (Quedlinburg).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

61. **Zur Serumbehandlung des Puerperalfiebers**; von Dr. Alb. Müller. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 20. 1908.)

M. berichtet über günstige Erfahrungen mit dem Menzer'schen Serum in der Städt. Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg. Wenn man die richtigen Fälle aussucht (Streptokokkeninfektion ohne lokale Aeusserungen und septische Endometritis) und grosse Dosen (20—30 ccm täglich mehrere Tage hintereinander) giebt, erzielt man oft gute Erfolge.
Dippe.

62. **Ueber ein neues Mittel zur Behandlung des Puerperalfiebers**; von Dr. Poenaru-Caplesen in Bukarest. (Chirurg. Gesellschaft in Bukarest, Sitzung vom 16. Jan. 1908.)

In einem sehr schweren Falle von Puerperalfieber, in dem alle üblichen Mittel, mit Ausnahme des Collargols, erfolglos versucht worden waren, wendete P.-C. intrauterine Einspritzungen von 0.75—1proc. Formollösung an und erzielte rasch Besserung und dann vollkommene Heilung. Die angewendete Flüssigkeitmenge betrug 2 Liter und schon nach der ersten Einspritzung konnte das Verschwinden des fötiden Geruches festgestellt werden. Die bis dahin täglich aufgetretenen Schüttelfröste wiederholten sich nicht mehr und die Temperatur kehrte zur Norm zurück. Die therapeutische Wirkung war also eine gute und P.-C. hatte nur mit Bezug auf die Giftigkeit des Mittels einige Bedenken, doch haben ihm die an Hunden vorgenommenen Experimente und 2 Fälle von accidenteller Vergiftung gezeigt, dass die Giftigkeit des Formols eine geringe ist und dass folglich der Anwendung zu intrauterinen Ausspulungen in der angeführten Concentration nichts im Wege steht.
E. Toff (Braila).

63. **Die Serotherapie des Tetanus**; von Dr. J. Jerie. (Časopis lékařů českých. p. 1027. 1907.)

Experimentelle Untersuchungen an jungen Ziegen haben ergeben, dass intraspinale Injektionen des Antitetanusserum bei aseptischem Vorgehen ungefährlich und wirksamer sind als die subcutanen, indem die ersteren einen Erfolg, bestehend in einem protrahirten Verlauf der Krankheit, selbst dann erzielten, wenn die Injektion erst 48 Stunden nach dem Ausbruche der ersten Tetanussymptome gegeben wurde.

Von den 4 Fällen J.'s wurde im ersten nur subcutan injicirt: Tod; in den 3 übrigen wurde subcutan und intraspinal injicirt: 2 Kr. genasen, der letzte starb, nachdem sich eine Pneumonie und Meningitis hinzugesellt hatten. J. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Antitetanusserum ist ein ausgezeichnetes Prophylakticum. 2) Die Anwendung des Serum als Heilmittel bei ausgebrochenem Tetanus hat noch keine befriedigenden Resultate geliefert. Die subcutanen Injektionen sind ungenügend, die intracerebralen gefährlich, die intraspinalen unsicher. Am meisten empfiehlt sich eine Verbindung der subcutanen Injektionen mit den intraspinalen (80 + 20 ccm).
G. Mühlstein (Prag).

64. **Ueber antiseptische Beeinflussung von Galle und Harn durch innere Anwendung von Desinficientien**; von R. Stern. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 129. 1908.)

Durch Verabreichung grosser Mentholdosen gelang es, der Galle antiseptische Wirkung zu verleihen. Bei den Harnantisepticis ist ein exakter Vergleich der Wirkung verschiedener Mittel schwierig. Von Einfluss ist die Reaktion des Urins, so wird durch gleichzeitigen Gebrauch alkalischer Wässer die Wirkung des Urotropins abgeschwächt, die des Hippols verstärkt. Die therapeutische Wirkung von Harnantisepticis ist oft sehr inconstant und hängt von mancherlei Umständen ab, es ist daher wichtig, sie bakteriologisch zu controliren.
Woltomas (Solingen).

65. **Chinintannat in Fällen von idiosynkrasischer, selbst hämoglobinurischer Intoleranz gegen in Wasser lösliche Chininsalze**; von A. Celli. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XI. 17. p. 535. 1907.)

C. hat ausgezeichnete Erfolge mit Chinintannat (0.3 pro dosi) in Form von Chokoladetabletten

gesehen, besonders in 5 Fällen von Hämoglobinurie. Er fordert auf, in Fällen von Intoleranz gegen die in Wasser löslichen Chininsalze, auch in Malariahämoglobinuriefällen, Chinintannat zu versuchen.

Walz (Stuttgart).

66. **Ein Beitrag zur Kenntniss der Wirkungsweise des Jodkaliums;** von Dr. Julius Zwintz. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20. 1908.)

Z. stellte fest, dass das Jodkalium einen vermehrten Blutzufluss zu der Schilddrüse bewirkt. Vermuthlich wird dadurch die innere Sekretion dieser gesteigert und die Folge davon ist eine Herabsetzung des Blutdruckes. Dippe.

67. **Das Verhalten der Blutviscosität bei Joddarreichung;** von Dr. Dëtermann. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20. 1908.)

D. konnte nach Versuchen in der Freiburger med. Klinik die Angabe, dass das Jod die Viscosität des Blutes herabsetzt, *nicht* bestätigen. Müller und Inada haben eine solche Herabsetzung gefunden. Es hängt das aber vielleicht damit zusammen, dass sie ihren Untersuchten den Alkoholgenuss einschränkten. Dippe.

68. **Sajodin und Jothion.**

Ueber Sajodin; von Dr. Oskar Neugebauer. (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 8. 1908.)

Di un nuovo preparato jodico: la saiodina; pel Dr. Francesco Angelillo. (Gazz. degli Osped. e delle Clin. Nr. 114. 1907.)

La sajodine; par le Dr. P. Barbier. (Revue de pathol. comparée Nr. 40. 1907.)

Verändertes Absorptionsvermögen der erkrankten Haut; von Dr. Oppenheim. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 11. 1908.)

Facile assorbimento per mezzo dell' Jothion dello jodo per la via cutanea; pel Dr. Giovanni Arpa Auvorny. (Riforma med. Nr. 4. 1907.)

Ueber die therapeutische Anwendung des Jothions; von E. S. Warschawsky. (Russky Wratsch Nr. 1. 1908.)

Sul valore dell'jotione nella cura delle sifilide, e sopra due casi di eritema vescicolo bolloso prodotto da questo rimedio; pel Dr. Giorgi Pollio. (Gazz. degli Osped. e delle Clin. Nr. 141. 1907.)

Die Arbeiten über *Sajodin* rühmen dessen gute Bekömmlichkeit und gute Wirkung ohne etwas Neues zu enthalten.

Die Arbeiten über *Jothion* bestätigen die Resorption und die gute Wirkung dieses Mittels da, wo man eine allgemeine Jodwirkung erzielen will, besonders aber da, wo es sich um eine örtliche Jodwirkung bei rheumatischen, entzündlichen u. s. w. Erkrankungen handelt. Dippe.

69. **Ueber die intramuskuläre Anwendung eines neuen arsen- und phosphorhaltigen Eisenpräparates;** von Dr. E. Schramm. (Med. Klinik IV. 18. 1908.)

Schr. berichtet über gute Erfolge von Nucleogen (H. Rosenberg) -Einspritzungen bei Anämie, Chlorose, Scrofulose, allgemeiner Schwäche, Tuberkulose u. s. w. Jeden 2. Tag wurde der Inhalt einer Phiole in die Glutäen gespritzt. Die ersten Einspritzungen sind etwas schmerzhaft und rufen eine geringe allgemeine Reaktion hervor, die weiteren werden meist gut vertragen. Gesammtkur: 20—30 Einspritzungen. Dippe.

70. **Ueber Rhachisan, ein neues Antirachiticum;** von Dr. R. Weissmann. (Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 21. 1908.)

Rhachisan ist ein sehr kunstvoll zusammengesetztes Präparat, das Leberthran, freie Fettsäuren, Jod, Lecithin, Nucleine, eine Eisen-Mannit-Eigelbverbindung, Glycerin, Alkohol, Wasser und 0.05% Phosphor enthält. W. hat damit gute Erfahrungen gemacht. Dippe.

71. **Alypin.**

Ueber die Entwickelung der allgemeinen und lokalen Anästhesie; von Prof. C. Schleich in Berlin. (Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 1. 1908.)

Sui vantaggi dell'uso di alcuni succedanei della cocaina nella pratica chirurgica; pel Dr. S. Diliberti Herbin. (Gazz. Siciliana di Med. e Chir. Nr. 50. 1907.)

Die Lumbalanästhesie mit Alypin; von Dr. C. Arnd in Bern. (Heilkunde Nr. 3. 1908.)

L'Alypine; par le Dr. P. Sorlat. (Echo méd. du Nord Nr. 13. 1908.)

Le nitrate d'alypine en urologie; par le Dr. Renard. (Gaz. méd. Belge Nr. 17. 1908.)

Ocular anaesthesia by Alypin; by Dr. Isaiah Frank, New York. (Amer. Journ. of Ophthalmol. Nr. 11. 1907.)

My experience with Alypin — a new local anaesthetic; by Prof. John R. Winslow. (Hosp. Bull. Nr. 11. 1908.)

L'Alipina nuovo anestetico locale in otorinolaringoiatria; pel Prof. Vittorio Grazzi. (Clin. modena Nr. 14. 1907.)

Schleich empfiehlt jetzt zu seiner Infiltrationanästhesie 3 verschieden starke Lösungen: Alypin und Cocain zu gleichen Theilen 0.1 oder 0.05 oder 0.005, dazu Morphium 0.001, Natrium chlor. 0.2, Aqu. destillat. ad 100.0. Bei der Verbindung von Alypin mit Cocain genügen ausserordentlich kleine auch bei der Anwendung beträchtlicher Flüssigkeitmengen unbedenkliche Dosen. Den Zusatz von Adrenalin oder Suprarenin hält Schl. (mit einziger Ausnahme für Zahnextraktionen am Unterkiefer) für durchaus überflüssig und für bedenklich.

Herbin rühmt dem Alypin gegenüber den ähnlichen Mitteln eine „kardiotonische" Wirkung nach. Bei Anwendung kleiner Mengen sind alle ziemlich gleichwerthig, braucht man grössere Mengen, so empfiehlt sich das Alypin als lang und sicher wirkend und als ungefährlich.

Arnd berichtet über 80 Medullaranästhesien mit Alypin im Inselspitale zu Bern. Wirkung im Ganzen recht gut. 9 Versager, zum Theil zweifellos in Folge zu kleiner Gaben.

Sorlat rühmt das Alypin zur örtlichen Betäubung gegenüber dem giftigeren Cocain. Renard spritzt 8—10 ccm einer 1proc. Alypinlösung in die Blase, bever er Höllensteinspülungen (1 : 1000—2000) macht. Diese werden dann sehr gut vertragen.

Frank, Winslow und Grazzi empfehlen das Alypin für die Augen-, bez. Nasen-, Ohren- und Kehlkopf-Heilkunde und rühmen die bekannten Vorzüge. Dippe.

72. **Chemisch experimentelle Studien zur Kenntniss der Narkose;** von Dr. Karl Reichor. (Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 235. 1908.)

„Das narkotisirte Individuum mobilisirt zunächst Depotfett und Depotlipoide, um der vorhandenen Gefahr zu begegnen. Sind diese erschöpft, so werden auch die Gehirn- und Blutkörperchenlipoide angegriffen, und das Fett und auch die Lipoide sammeln sich in immer steigender Menge in der Leber und im Blute. Gegenüber der stets wachsenden Fettmenge erlahmt endlich die lipolytische Thätigkeit des Organismus, zumal auch die Sauerstoffassimilation durch das Narkoticum gelähmt wird. Es kommt nebst und in Folge der Lipämie zur qualitativen Veränderung der Fettoxydation, das ist zur Acetonkörperbildung. Damit erwächst aber dem Organismus eine neue Gefahr, denn die Ansäuerung des Blutes schädigt seine fermentative Thätigkeit und die Acetonkörper wirken vielleicht in ähnlichem Sinne wie das Narkoticum auf das Centralnervensystem ein." In den gesammten Vorgängen liegt eine grosse Aehnlichkeit mit denen bei dem schweren Diabetes. Nach einer Narkose tritt auch leicht Glykosurie auf oder kann leicht hervorgerufen werden.

Die Meyer-Overton'sche Narkosetheorie möchte R. folgendermaassen fassen: „Das maassgebende Moment für die Wirkung eines Narkoticums ist die relative Löslichkeit desselben in den Lipoiden, aber es findet dabei nicht einfach eine Veränderung des normalen physikalischen Zustandes, nicht nur eine Bindung in einer Art starrer Lösung statt, ohne dass hierbei Lipoide zum Austritt aus der Zelle veranlasst werden, sondern es kommt auch zur Ausstossung lebenswichtiger Lipoide und Fette bei einer uns noch unbekannten Wechselwirkung zwischen dem Narkoticum und den Zelllipoiden, welche vielleicht auch bei dem Zustandekommen der Narkose eine Rolle spielt und sich geraume Zeit chemisch und mikroskopisch im Blute, sowie histologisch in den Organen nachweisen lässt." Dippe.

73. **Zur Indikationsstellung für die verschiedenen Anästhesirungsverfahren;** von Dr. O. Roith. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 2. 1908.)

Die Arbeit gründet sich auf die Erfahrungen der Heidelberger chirurg. Klinik. Die Allgemeinnarkose ist noch immer das beste, sicherste und allgemein brauchbarste Verfahren. Gleichviel aber, welches Anästhesirungsverfahren man einschlägt, stets ist es zweckmässig, die Anästhesirung an einem Individuum vorzunehmen, das sich im Zustande einer verminderten Erregbarkeit befindet. Für die lumbale Anästhesie will R. nur die grossen incarcerirten und verwachsenen Leistenhernien, Prostatektomien und eventuell dringliche Operationen an den Beinen bei Verbot der Allgemeinnarkose reserviren. Es erscheint nicht berechtigt, Operationen, die man in lokaler Anästhesie ausführen kann, in lumbaler vorzunehmen. Dagegen ist die lokale Anästhesie mit Novocain nach Möglichkeit auszudehnen, um so mehr als die Combination mit Inhalationnarkose eine sehr vortheilhafte ist. Für die Lokalanästhesie ist die Vorbehandlung mit Sedativis in demselben Maasse erwünscht, wie für die Allgemeinnarkose. Was die Würdigung der Combination von Hypnoticis und Sedativis mit der Narkose betrifft, so ist hierbei vor Allem in Betracht zu ziehen, dass wir durch diese Methode die Respirationorgane wesentlich entlasten, denen ja bei der reinen Inhalationnarkose, neben ihren lebenswichtigen Funktionen auch die Ein- und Ausfuhr des Narkoticum zufällt, woraus eine nicht unbeträchtliche Gefährdung der oft schon durch den operativen Eingriff und postoperativen Verlauf bedrohten Lunge entsteht. P. Wagner (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

74. **Ueber die Bedeutung des Achillessehnenreflexes;** von Dr. Franz Conzen. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 19. 1908.)

Der Achillessehnenreflex wird zu wenig beachtet. Er ist bei Gesunden stets vorhanden, er reagirt ebenso empfindlich auf Erkrankungen des Centralnervensystems wie der Patellarreflex und er ist werthvoll für die Beurtheilung von allerlei örtlichen Erkrankungen der Beinnerven. C. führt einige gute Beispiele aus der Leipziger med. Poliklinik an. Dippe.

75. **Altérations isolées et simultanées des réflexes iriens dans la paralysie générale;** par E. Marandon de Montyel. (Revue de Méd. XXVII. 11. 1907.)

M. hat bei 136 Paralytikern fortlaufende sehr genaue und oft wiederholte Untersuchungen der Pupillenreaktion vorgenommen, die sich in vielen Fällen über mehrere Jahre meist bis zum Endstadium erstreckten, und ist dabei zu neuen, zum Theil überraschenden Resultaten gekommen, die, wie M. selbst wohl mit Recht erwartet, manchem Zweifel begegnen werden. Die hauptsächlichsten seiner Folgerungen sind folgende: Nicht nur der Lichtreflex, sondern auch der Accommodationreflex ist in allen Fällen wenigstens zu irgend einer Zeit verändert. Die Veränderungen bestehen in Steigerung, Abschwächung und Fehlen beider Reflexe. Beide Reflexe können gleichzeitig gleichartige oder ungleichartige Veränderungen zeigen, z. B. können beide abgeschwächt sein oder der eine abgeschwächt

Digitized by Google

und der andere gesteigert sein. Die Veränderungen sind während des Krankheitverlaufs häufigem Wechsel unterworfen, so dass bei 136 Kr. 930 verschiedene Befunde im Laufe der Zeit erhoben werden konnten. Die Veränderlichkeit nimmt mit dem Fortschreiten der Krankheit zu; die Zahl der beobachteten Einzelzustände war daher bei den im Endstadium befindlichen 3mal so gross wie bei denen im Anfangstadium. Dem dauernden Erlöschen geht immer ein Stadium der Abschwächung voraus. Steigerung des einen der beiden Reflexe oder beider wurde im ganzen 10mal gefunden, also nicht gerade oft, aber doch viel häufiger als der allgemeinen Annahme entspricht. Die Steigerung ist eine nur im ersten Beginn der Krankheit vorkommende und sehr vergängliche Erscheinung. Auch verschiedenes Verhalten beider Augen und Veränderungen der Reflexe an nur einem Auge wurden nur in den Anfangsstadien und vorübergehend beobachtet. Auf ein Auge allein beschränkte Veränderungen waren 4mal häufiger als verschiedenes Reagiren beider Seiten. Moritz (Leipzig).

76. **Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken**; von Wassermeyer. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIII. 1. p. 124. 1907.)

Im Anschluss an die Untersuchungen von Bumke u. Hübner hat W. die Pupillenunruhe und den psychischen Reflex bei Normalen und bei Geisteskranken geprüft. Er konnte die eindeutigen Resultate von Bumke nicht bestätigen, da einerseits Gesunde das Pupillenspiel vermissen liessen und andererseits die Unruhe und die psychischen Reflexe sich bei einem nicht geringen Theil der untersuchten Dementia-praecox-Kranken fanden. W. wünscht ausgedehnte Untersuchungen an Normalen. Ref. schliesst sich diesem Wunsche an, hält aber völlige Einheitlichkeit in den Versuchsbedingungen für die conditio sine qua non der Untersuchungen. Voss (Greifswald).

77. **Ueber einseitige reflektorische Pupillenstarre als Theilerscheinung der Oculomotoriuslähmung**; von P. Abelsdorff in Berlin. (Med. Klinik IV. 9. 1908.)

A. hat mehrere Male die bisher wenig beachtete Thatsache beobachtet, dass während der Rückbildung einer peripherischen Oculomotoriuslähmung ein Stadium eintreten kann, in dem noch reflektorische Pupillenstarre besteht, aber die Reaktion bei Convergenz bereits vorhanden ist, und erklärt sich diese Erscheinung daraus, dass wie für andere parctische Muskeln auch für den Sphincter pupillae Mitbewegungen der am frühesten wirksame Impuls zu Contraktionen sind. Moritz (Leipzig).

78. **Fall von linksseitiger Agraphie und Apraxie bei rechtsseitiger Lähmung**; von H. Liepmann u. O. Maas. (Journ. f. Psych. u. Neurol. X. 5. p. 214. 1907).

f. u. M. stellen auf Grund eines auch anatomisch untersuchten Falles fest, dass, wie aus Liepmann's Aufstellungen über die Bedeutung der linken Hemisphäre folgt, die Zerstörung des Balkens eine Dyspraxie der linken Hand bewirkt. Zweitens versuchen sie zu zeigen, dass eine anscheinende Agraphie nur ein Ausdruck einer Apraxie sein kann. Neben diesen Störungen der linken Hand bestand in dem mitgetheilten Fall noch eine Lähmung der rechten, die aber durch einen subcortikalen Herd bedingt war, somit zur Erklärung der Dyspraxie und Agraphie der linken nicht herangezogen werden konnte, für welche beide Störungen vielmehr die Balkenzerstörung verantwortlich gemacht werden musste. Lewandowsky (Berlin).

79. **Ueber das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei Hirnkrankheiten**; von Prof. Emil Redlich u. Dr. Giulio Bonvicini in Wien. (Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XXIX. 1. p. 1. 1908.)

R. u. B. ziehen aus ihrer mit werthvollen Krankengeschichten (und Abbildungen) ausgestatteten Arbeit folgende Schlüsse:

„1) Das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit ist eine nicht allzuseltene Erscheinung, die viel mehr Beachtung verdient, als sie bisher gefunden. 2) Die Störung der Wahrnehmung dieses Sinnesdefektes kommt vorwiegend bei Fällen von doppelseitiger cerebraler Hemianopsie mit absoluter Blindheit vor, aber auch bei solchen, wo noch Spuren von Lichtempfindung im peripheren Gesichtsfelde vorhanden sind. 3) Das Symptom wird aber nicht nur bei Hirnblindheit in Folge doppelseitiger Erkrankung der Occipitallappen, sondern auch bei Fällen von Blindheit in Folge von Allgemeinerkrankungen des Gehirns gefunden. 4) Die Nichtwahrnehmung der Blindheit braucht keine constante Erscheinung zu sein, sie kann vielmehr auch intermittirend auftreten. 5) Das Symptom ist weder durch die Annahme einer dauernden Vernichtung aller Gesichtswahrnehmungen und Vorstellungen, oder durch die vollständige Zerstörung und Ausschaltung der optischen Centren und Bahnen und ihrer associativen Verbindung, noch durch Störungen des Gedächtnisses oder der Merkfähigkeit allein zu erklären, aber auch nicht durch Halluzinationen oder Confabulation. 6) Trotz seiner auffallenden Häufigkeit bei doppelseitigen Erkrankungen des Occipitalhirns hat dieses Symptom *keine* lokaldiagnostische Bedeutung und ist an keine bestimmte Läsion von Centren oder Bahnen unbedingt gebunden; es stellt vielmehr eine Theilerscheinung einer allgemeinen und hochgradigen Störung der Hirnfunktionen bei bestehender Blindheit dar. 7) Häufig ist an Stelle des erwähnten Symptoms eine auffallende Resignation oder Indolenz dem Defekte gegenüber zu beobachten. 8) In Fällen von hochgradiger concentrischer Einengung des Gesichtsfeldes in Folge doppelseitiger cerebraler

Hemianopsie fehlt dagegen häufig — besonders im Anfange der Erkrankung — das Bewusstsein des noch erhaltenen Gesichtsfeldrestes." Dippe.

80. **A disturbance of vision due to exaggeration of binocular association;** by Pierre Janet, Paris. (New York med. Record LXXI. 19. 1907.)

Bei einer 65jähr. hysterischen Frau war wegen Schmerzen am linken Auge nach ausgedehnten Netzhautblutungen die Nourotomie des Sehnerven gemacht worden. Die Schmerzen wurden durch die Operation beseitigt, doch stellte sich bald auf dem rechten Auge, dessen Funktion nach der Operation als annähernd normal befunden worden war, eine eigenthümliche Sehstörung ein. Es bestanden fast fortwährend Obnubilationen, die sich bei jedem Versuch, zu accommodiren oder einen Gegenstand zu fixiren, verstärkten und dann zuweilen mit Schwindel und Nausea verbunden waren. Diese Störung fehlte nur bei solchen Sehleistungen, bei denen binoculares Sehen nicht in Frage kommt, z. B. beim Zielen mit einer Pistole, beim Sehen durch ein Fernrohr oder auch eine einfache Röhre u. s. w. J. erklärt sich daher die Störung damit, dass die Kranke in Folge ihres Alters und ihrer Hysterie mit besonderer Hartnäckigkeit an dem cerebralen Mechanismus des binocularen Sehens festzuhalten suchte und dass zugleich eine nach der Operation eingetretene Unfähigkeit, das linke Auge in Convergenzstellung zu bringen, störend wirkte. In dieser Auffassung wurde J. bestärkt durch den Erfolg der eingeleiteten Therapie, die darin bestand, die Kranke dauernd einen 5 cm langen Tubus vor dem rechten Auge tragen zu lassen, der allmählich verkürzt wurde, um sie zum monocularen Sehen zu erziehen. Moritz (Leipzig).

81. **Einige neuere Arbeiten über Hysterie.**

1) *XVII. Congress der französischen Psychioter und Neurologen zu Genf-Lausanne, 1.—6. Aug. 1907.* (Bericht in Revue neurol. XV. Août. 30. 1907.)

2) *Internationaler Congress für Psychiatrie, Neurologie u. s. w. zu Amsterdam, im September 1907.* (Bericht in Arch. de Neurol. 9. 1907.)

3) *Die neueren Theorien der Hysterie;* von Aschaffenburg. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 11. 1907.)

4) *Kurze Bemerkung zu der Freud'schen Lehre über die sexuelle Aetiologie der Neurosen;* von Friedländer. (Neurol. Centr.-Bl. XXVI. p. 953. 1907.)

5) *Le coté affecté par l'hémiplégie hystérique;* par Jones. (Revue neurol. XVI. Mars 15. 1908.)

6) *General considerations as to the nature and relationship of hysteria;* by Woodman. (Journ. of ment. a. nerv. Dis. XXXIV. 1—3. 1908.)

7) *Examen des centres nerveux dans 2 cas d'hystérie;* par Claude. (L'Encéphalo II. Juillet 1907.)

8) *Ueber den diagnostischen Werth des Pharynxreflexes;* pel Guerra-Coppioli. (Rif. med. XXIII. 20. p. 533. 1907.)

9) *Ein Fall von Landry'scher Paralyse, combinirt mit Hysterie, das Bild eines ascendirenden Rückenmarkstumors vortäuschend;* von Jacob. (Neurol. Centr.-Bl. XXVI. p. 264. 1907.)

10) *A case of hysteria present symptoms of cerebellar affection;* by Eshner. (Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXIV. 8. 1907.)

11) *Ein Fall von simulirter Lyssa bei einer Hysterischen;* von Fornaca. (Gazz. med. Nr. 16. 1907.)

12) *Syndrome de compression médullaire chez une grande hystérique;* par Claude et Rose. (Revue neurol. XVI. 2. 1908.)

13) *Ein Fall von dauernder hyster. Retentio urinae;* von Rnimist. (Neurol. Centr.-Bl. XXVI. p. 646. 1907.)

14) Farez. (Arch. de Neurol. II. 10. p. 304. 1907.)

15) *Une hystérique incendiaire pendant l'état somnambulique;* par Cullère. (Arch. de Neurol. II. 8. 1907.)

Im Herbst 1907 ist auf 2 Congressen über „das Wesen der Hysterie" in Referaten und Diskussionen eingehend gesprochen worden. Das Referat hatten auf dem XVII. Kongresse der französischen Irrenärzte und Neurologen in Genf-Lausanne, 1.—6. Aug. 1907 (1), Schnyder (Bern) und Claude (Paris) übernommen. Schnyder stellt von vornherein die Existenz eines typischen hysterischen Geisteszustandes in Abrede. Es giebt alle Uebergänge vom normalen zum ausgeprägt hysterischen Individuum. Gekennzeichnet ist der hysterische Geisteszustand durch Entstellung und Uebertreibung der psychischen und psycho-physischen Reaktionen. Beim Kinde kann man von einer „physiologischen Hysterie" sprechen. Der Erwachsene zeigt, wenn er an Hysterie erkrankt, gewissermaassen einen Rückfall in diesen Zustand. Auch die „Verdrängung" spielt eine grosse Rolle, besonders bei Frauen. Die Hysterie ist eine Krankheit der Entwickelung des menschlichen Geistes auch in historischer Beziehung. Neben den „Evolutionsformen" der Hysterie giebt es auch degenerative. Diese finden sich mehr in den oberen Gesellschaftsklassen. Endlich kennen wir eine symptomatische Hysterie. Wie wird sich die Hysterie in Zukunft gestalten? Grosse Epidemien auf dem Boden der Hysterie haben wir nicht mehr zu erwarten, dagegen ist die individuelle Verstandes- und Charakterentwickelung noch weit genug zurück, um ein häufiges Auftreten der Hysterie beim Einzelnen zu gewährleisten. Nur eine höhere, gefestigte, moralische Auffassung von den Aufgaben und Pflichten kann der Verbreitung der Hysterie entgegenarbeiten. „Das mangelnde Urtheil äussert sich in phantastischer Auffassung des Realen und in falscher Moral." Das führt zu abnormer Entwickelung der Gemüthsbewegungen, zu dem Zerfalle der Persönlichkeit, zu unterbewussten Handlungen und zu anormaler psycho-physischer Reaktion.

Das zweite Referat stand weniger unter dem Einflusse Freud-Hellpach'scher Anschauungen und mehr auf dem Boden realer Erfahrung. Claude nimmt an, dass die Hysterie sich aus dem meist ererbten Nervosismus herausentwickelt. Sie ist gekennzeichnet durch mangelnde Regulirung der organischen und psychischen Reflexe. Hysterische haben die Fähigkeit, gewisse Eindrücke und Vorstellungen zu isoliren. Dadurch erlangen solche psychische Geschehnisse eine von der bewussten Psyche unabhängige Fähigkeit, manche Funktionen und Vorgänge im Körper erheblich zu beeinflussen.

Claude hält die Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der Hysterie noch nicht für abgeschlossen. Die bisherigen Ergebnisse sind nicht stichhaltig. Auf Grund eigener Untersuchungen ist er geneigt anzunehmen, dass die häufig nach-

weisbaren, grossen Schwankungen des N-Stoffwechsels auf eine Desequilibrirung im Eiweissumsatze hindeuten. Er fordert dringend zu neuen Untersuchungen auf.

In der Diskussion stellte Bernheim folgende Sätze auf: Die unter dem Namen „Hysterie" beschriebene Entité morbide giebt es nicht. Als Hysterie dürfen höchstens die einfachen „crises de nerfs" bezeichnet werden. Diese Krisen sind nur die emotive, psychodynamische Reaktion mancher Individuen auf Affekte, die auf dem Boden psychischer Krankheit oder toxischer und anderer Einwirkungen entstehen. Alle sogen. psychischen Symptome der Hysterie (Einengung des Bewusstseins, Abulie u. s. w.) gehören den psychischen Krankheiten an. Claparède fasst im engsten Anschlusse an Freud die hysterischen Symptome als rudimentäre Abwehrerscheinungen auf. Er findet auf diesem Wege sogar eine Erklärung der hysterischen Hautphänomene! Mendicini Bono hat 7 Monate lang die Hospitäler von Paris besucht, ohne einen Fall von trophischen oder vasomotorischen Störungen, bez. von hysterischem Fieber gesehen zu haben. Daher glaubt er nicht an die Existenz solcher Fälle. Sollier und Babinski vertraten ihre allgemein bekannten Anschauungen über das Wesen der Hystorie.

Bonjour besprach die Differentialdiagnose der Hysterie und Epilepsie. Seine Behauptungen stellen sich in strikten Widerspruch zu den bisher gültigen Lehren. Anfälle, die während der Pubertät auftreten, sind stets hysterischer Natur. Menstruelle Krampfanfälle gehören immer der Hysterie an. Zungenbiss ist nur typisch für Epilepsie, wenn er an der Spitze gefunden wird. Seitliche Bisse und Verletzungen der Wangenschleimhaut kommen oft bei Hysterie vor! Bernard Leroy schilderte eine interessante Hysterica, die auf psychischem Gebiete zahlreiche Erscheinungen bot. Sie war wegen Kleptomanie in die Anstalt gekommen. Zwangsmässig trat bei ihr periodisch die Sucht Absynth zu trinken auf. Ferner befleissigte sie sich entgegen ihrer innersten Ueberzeugung zeitweilig einer heuchlerischen Frömmigkeit. Endlich trat mitunter eine impulsive Abneigung gegen ihren Ehemann auf und der unüberwindliche Trieb, jedem uniformirten Individuum nachzulaufen.

Auch auf dem internationalen Congresse für Psychiatrie und Neurologie in Amsterdam, 2. bis 7. Sept. 1907 (2), hat das Referat „Ueber das Wesen der Hysterie" zahlreiche Bearbeiter gefunden. Janet betonte sehr eindringlich, dass die Hysterie eine Psychose sei und daher ein Fortschritt in ihrer Erkenntniss nur denkbar sei bei genauer Analyse ihrer psychischen Erscheinungen. Er definirt die Hysterie als eine depressive Psychose, die zu Einschränkung des Bewusstseins, zu Dissociation der Vorstellungen und Funktionen führt, deren Zusammenwirken das Ich-Bewusstsein sichern. Nach Joire liegt der Hysterie eine Störung des dynamischen Gleichgewichtes der Persönlichkeit zu Grunde. Während nach einer Richtung die „nervöse Energie" vermindert ist, findet sich nach der anderen ein Uebermaass. Jelgersma theilt die hysterischen Erscheinungen in Stigmata und Nebensymptome ein. Die Stigmata sind nicht psychologisch zu definiren, sondern beruhen auf mangelhafter Entwickelung der nervösen Centralorgane. Sie entstehen auf dem Wege des Kurzschlusses. Viele einfache seelische Vorgänge des normalen Menschen zeigen Analogien zu den Stigmata. Im Gegensatze hierzu ist die Thätigkeit der Psyche bei der Entstehung der anderen hysterischen Symptome wesentlich gesteigert. Mit der Freud'schen Lehre von der Genese der Hysterie beschäftigte sich Aschaffenburg (3) in seinem Referate. Wenn auch die Arbeiten Freud's und seiner Anhänger zweifellos das grosse Verdienst haben, die psychische Entstehung vieler Symptome in's richtige Licht gerückt zu haben, so gehen diese Autoren doch in der Bewerthung der psychischen Zusammenhänge viel zu weit. Die auf dem Wege der Psychoanalyse und des „zwanglosen Associirens" erhaltenen Resultate sind nicht nur von der Geschicklichkeit des Experimentators, sondern viel mehr noch von der subjektiven Gedankenrichtung bei der Deutung des Gefundenen abhängig. Dass der fernerstehende Beurtheiler nur allzuhäufig den Ausführungen Freud's und seiner Anhänger nicht zu folgen vermag, zeigt A. auf Grund einiger Beispiele. Seine eigenen Erfahrungen bei der Behandlung Hysterischer führen A. zu dem Schlusse, dass die Freud'sche Methode für die meisten Fälle unrichtig, für viele bedenklich und für alle entbehrlich sei. Jung gab eine übersichtliche Darstellung der Entwickelung und des heutigen Standes der Freud'schen Lehren. Man heilt die Hysterischen nie, man beseitigt nur die offenkundigen Erscheinungen der Neurose, so führte Terrien in überzeugender Weise aus. Eben so wenig wie eine Erbsyphilis oder eine gichtische Anlage geheilt werden kann, sind wir im Stande, die Kranken von ihrer hysterischen Anlage zu befreien.

Mit der Freud'schen Lehre beschäftigt sich auch ein Aufsatz von Friedländer (4), der folgende Ergebnisse hat: Freud überschätzt die Bedeutung des sexuellen Trauma. Jedes Trauma kann hysterogen wirken. Die endogene hysterische Veranlagung wird durch exogene Schädlichkeiten manifest. Die psychoanalytische Behandlung ist gefährlich und auch in den schwersten Fällen entbehrlich.

Jones (5) versucht auf Grund einer statistischen Zusammenstellung den Nachweis zu erbringen, dass die zuerst von Briquet ausgesprochene, dann allgemein angenommene Annahme, die hysterischen Hemiplegien seien häufiger links als rechts, unrichtig ist. Er hat 277 Fälle aus der Literatur geprüft: darunter waren 54.2% rechtseitige und 45.8% linkseitige Hemiplegien.

Auf Grund einer Reihe von Fällen hysterischer Psychosen bespricht Woodman (6) das Wesen der Neurose. Die Hysterie ist eine auf Störung der psychischen Funktionen beruhende Krankheit. Pathologische Veränderungen im Chemismus und der Struktur der Gewebe liegen ihr nicht zu Grunde. Auf diese Erkenntniss muss sich die rationelle Behandlung stützen. Sie soll Reize fernhalten, das Selbstbewusstsein stärken und zu nützlicher und anregender Thätigkeit veranlassen.

Claude (7) hat sich der dankenswerthen Arbeit unterzogen, Gehirn und Rückenmark zweier alter Frauen, die bei Lebzeiten die Erscheinungen der grossen Hysterie dargeboten hatten, genau anatomisch zu untersuchen. Es fanden sich deutliche meningitische und encephalitische Veränderungen, die allerdings zu geringfügig waren, als dass sie zu greifbaren sogen. organischen Symptomen hätten führen können. Dieses Ergebniss ist sehr wichtig, denn es zeigt uns, dass hartnäckige hysterische Symptome doch nur die Ueberlagerung leichtester organischer Erkrankungen sein können.

Der Würgreflex fehlt nach den Erfahrungen von Guerra-Coppioli (8) häufig bei Hysterischen, aber auch nicht selten bei der Neurasthenie, Epilepsie und progressiven Paralyse. Nur in Gemeinschaft mit anderen Symptomen hat das Fehlen dieses Reflexes daher diagnostische Bedeutung.

Die äusserst interessante Mittheilung von Jakob (9) stammt aus Nonne's Abtheilung. Ein 32jähr. Mädchen erkrankte mit heftigen Schmerzen im Rücken und in den Beinen, Parästhesien im ganzen Körper. Nach einiger Zeit trat plötzlich Paraplegie beider Beine auf. Die Lähmung, der stets Anästhesie des betroffenen Theiles folgte, stieg allmählig aufwärts, es trat schliesslich Schwäche der Kau- and Nackenmuskeln ein. Ferner paretischer Nystagmus und Diplopie, Salivation, Hyperidrosis, Meteorismus und Retentio urinae. Die Patellarreflexe schwanden. Die Achillesreflexe waren leicht gesteigert. Der untere Bauchdeckenreflex fehlte. Druckschmerz an dem Lenden- und unteren Brusttheile der Wirbelsäule. Nach einiger Zeit war der Patellarreflex wieder da. Es kam zu einer langsam fortschreitenden Besserung, die deutlich den suggestiven Einfluss erkennen liess. Obwohl J. darauf hinweist, dass Vieles im Bilde für eine rein hystorische Erkrankung sprach, nimmt er doch das Vorliegen einer Combination von Landry'scher Paralyse [welche anatomische Affektion sollte ihr wohl in diesem Falle zu Grunde gelegen haben? *Ref.*] mit der Hystorie an.

Eshner (10) berichtet kurz über einen 42jähr. Mann, der nach einem Unfalle Erscheinungen bot, die auf eine Affektion des Kleinhirns hindeuteten. Der Gang war der eines Trunkenen, mit der Tendenz nach rechts zu fallen. Es bestanden Schmerz in der rechten Kopfhälfte, Ohrensausen und Herabsetzung des Hörvermögens rechts. Hemihypästhesie rechts. Normaler Augenbefund. Suggestivtherapie brachte in 3 Wochen völlige Heilung.

Die Mittheilung von Foruaoa (11) enthält einen typischen Fall von *hysterischer Lyssa*. Ein 21jähr. Mädchen erkrankte einige Zeit, nachdem es von einem Hunde gebissen worden war. Im Krankenhause hatte es Gelegenheit, den Beginn einer echten Lyssa mit anzusehen. Nach einigen Tagen traten Schluckbeschwerden, Speichelfluss, Lichtscheu und heftige allgemeine Convulsionen auf. Die Anamnese ergab, dass die Kr. aus schwer belasteter Familie stammte. Es fanden sich typische Sensibilitätstörungen. Entsprechende Behandlung, vor Allem Isolirung, führte bald zu völliger Genesung und damit wurde die auf Hysterie gestellte Diagnose erhärtet.

Die Schwierigkeit der Entscheidung, ob ein rein hysterisches oder aber ein durch hysterische Symptome überlagertes organisches Krankheitbild vorliegt, tritt in dem von Claude und Rose (12) geschilderten Falle deutlich hervor. Ein 22jähr. Mädchen, das schon vor der Pubertät hysterische Zeichen geboten hatte, erkrankte an heftigen Schmerzen in der linken Hüfte und im linken Beine. 18 Monate war sie noch im Stande, sich mühsam fortzubewegen. Seit 2 Jahren aber ist sie völlig an das Bett gefesselt. Die Verschlimmerungen im Zustande wurden durch heftige psychische Insulte ausgelöst. Dann stellten sich auch Krampfanfälle ein, wobei einmal Zungenbiss und auch unfreiwilliger Urinabgang beobachtet wurde. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus „typische Coxitisstellung" des linken Beines mit allen zugehörigen Zeichen. Beweglichkeit des linken Beines fast aufgehoben. Leichte Atrophie des linken Ober- und Unterschenkels. Das rechte Bein ist paretisch, sonst in jeder Beziehung normal. Die Sensibilität ist am linken Beine und weiter hinauf bis eine Handbreit über den Nabel für Schmerz und Berührung aufgehoben, für Temperaturreize erhalten. Auf der rechten Körperhälfte eine Anästhesie für dieselben Qualitäten unterhalb des Knies. Der Patellarreflex ist links erheblich gesteigert. Kein Babinski'sches Phänomen. Auf beiden Seiten Fussclonus, dessen Intensität eher an organischen erinnert. Die Wirbelsäule ist im Lendentheile druckschmerzhaft. In der Spinalflüssigkeit keine Lymphocytose. Namentlich bei Nacht deutliche Blasenschwäche. Die linken Bauchdeckenreflexe fehlen. Das Bestehen einer Coxitis wurde durch die Röntgenuntersuchung ausgeschlossen, ferner durch die Untersuchung in der Hypnose. Es handelte sich also zweifellos um eine hysterische Coxalgie bei einer „grande hystériqne". Der sehr ausgeprägte Fussclonus, die Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule und eine leicht positive Tuberkulinreaktion lassen Cl. u. R. gewiss nicht ohne Grund an die Möglichkeit einer beginnenden tuberkulösen Wirbelaffektion denken.

Raimist (13) beschreibt einen Fall von langdauernder, hysterischer Urinretention. Ein 16jähr. Jüngling hatte eine hysterische Paraplegie von 2jähriger Dauer überstanden. Die gleichzeitig entstandene Unfähigkeit, spontan Urin zu entleeren, war geblieben. Der Kr. entleerte nur mit Hülfe eines Katheters, den er in der Tasche trug und mit grosser Geschicklichkeit selbst einführte, den Urin. Rasche Heilung durch lokale, schmerzhafte Faradisation. Die hysterische Detrusorschwäche hatte über 2 Jahre bestanden.

In der Pariser Gesellschaft für Hypnologie und Psychologie berichtete Fnrez (14) über zwei noch nicht veröffentlichte Fälle in der Hypnose suggestiv erzeugter Brandwunden. Er macht darauf aufmerksam, dass solche Versuche am ehesten glücken, bei Personen, die trophische Störungen auf dem Boden der Hysterie bieten. Auch ist dazu eine tiefe, aber nicht zu tiefe Hypnose nöthig, die nusserdem pretrahirt sein muss.

Von forensischer Bedeutung ist ein von Cullerro (15) veröffentlichter Fall von Brandstiftung im hysterischen Dämmerzustande. Es handelte sich um eine hysterische Frau, bei der im Anschlusse an Morphiummissbrauch die schwersten psychischen Erscheinungen aufgetreten waren. Krampfanfälle, Dämmerzustände, Delirien, Verdoppelung der Persönlichkeit, zwangsmässige Rache- und Selbstmordgedanken. Sie machte mehrere ernste Suicidversuche, reiste in ihrem Dämmerzustande umher u. dgl. m. Eine längere Behandlung führte ein Zurücktreten der Erscheinungen für 7 Jahre herbei. In der darauf eingetretenen Verschlimmerung steckte sie das Haus ihrer Verwandten in Brand. Nachher völlige Amnesie für die That. In einer Anmerkung bemerkt C., dass inzwischen ein Sohn der Kr. in einem ebenfalls hysterischen Dämmerzustande einen Nothzuchtversuch sich hat zu Schulden kommen lassen.

Voss (Greifswald).

82. **Ueber epileptische Wanderzustände (Fugues, Poriomanie);** von Raecke. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIII. 1. p. 398. 1907.)

R. theilt 4 Fälle von epileptischem Wandertrieb mit. Der fünfte mitgetheilte Fall soll zeigen, wie vorsichtig die subjektiven Angaben über Amnesie aufzunehmen sind, besonders, wenn es sich um Criminalfälle handelt. Es giebt 3 Formen epileptischer Wanderzustände: Das Wandern im Dämmerzustande, das Wandern ohne Bewusstseintrübung im Verlaufe einer Verstimmung und der Hang zu impulsivem Fortlaufen bei epileptischem Schwachsinn. Im epileptischen Dämmerzustande ist die Störung der Ideenassociation tiefergehend als im hysterischen. In forensischen Fällen genügt der Nachweis epileptischer Antecedentien an sich nicht; auch subjective Angaben über Amnesie sind nur mit Vorsicht zu verwerthen. Es ist stets der Versuch zu machen, durch Vernehmung von Augenzeugen sich ein Bild vom Benehmen des Inculpaten während des Zustandes zu verschaffen, da Epileptiker meist durch irgendwelche Zeichen aufzufallen pflegen. Voss (Greifswald).

83. **Epilepsie und Epilepsiebehandlung;** von J. Bökelmann. (Würzb. Abhandl. VII. 12. A. Stuber's Verl. [C. Kabitzsch]. 1907.)

B. giebt zunächst einen kurzen Ueberblick über Eintheilung, Aetiologie und Symptomatologie der Epilepsie. Breiteren Raum nimmt die Besprechung der Therapie ein. Auf Grund eigener Erfahrung tritt B. für die Toulouse-Richet'sche kochsalzarme Diät ein und in schweren Fällen für die — unter Umständen sogar wiederholte — Brom-Opiumbehandlung. In der Wiedergabe des Beehterew'schen Receptes findet sich eine kleine Ungenauigkeit. Es soll heissen: Inf. Adonid. vern. ex 2.0—3.5 ad 200.0 Aq. dest. u. s. w.

B.'s Darstellung zeichnet sich durch Einfachheit und unparteiische Berücksichtigung der verschiedenen Forschungsergebnisse aus. Sie ist durchaus geeignet, dem Praktiker einen Ueberblick über den derzeitigen Stand der Epilepsiefrage zu geben. Voss (Greifswald).

84. **Ueber das sogenannte „neurasthenische Vorstadium" der Psychosen;** von Dr. Oskar Woltär. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 4. 1908.)

Wir müssen, um den eigentlichen Begriff des neurasthenischen Vorstadium festzuhalten, unterscheiden, ob wir es mit einem seit jeher oder schon längere Zeit hindurch neurasthenischen Individuum zu thun haben oder mit einem Menschen, der früher niemals Symptome von Neurasthenie dargeboten hat. W. erörtert die neurasthenische Melancholie. Differentialdiagnostisch von Bedeutung ist es, dass Selbstanklagen bei dieser Krankheit so selten sind, dass sie für die Annahme einer wahren Melancholie ausschlaggebend sein sollten. Ausführlich bespricht W. den Unterschied zwischen Zwangsvorstellung und Wahnidee. Bei der Entscheidung zwischen Neurasthenie und neurasthenischem Vorstadium der Dementia praecox hat man namentlich zu beachten, dass bei letzterer die Gefühlsphäre häufig zuerst ergriffen wird. Dann handelt W. von der Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Paranoia einerseits und Neurasthenie andererseits und hebt zum Schluss hervor, dass Wahnideen bei der Neurasthenie nicht vorkommen und eben so wenig Sinnestäuschungen des Gesichts und des Gehörs.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

85. **The prognosis of recurrent insanity of the manic-depressive type;** by Henry M. Swift. (Amer. Journ. of Insan. LXIV. 2. p. 311. 1907.)

In 105 Fällen hat S. im Hinblick auf die Prognose genaue Untersuchungen über dio Form der Anfälle, die Dauer der Intervallo u. s. w. angestellt. Es ergab sich, dass die freien Intervalle nach Depressionen viel länger sind. Manien nach dem 40., Depressionen nach dem 50. Lebensjahre geben die schlechteste Prognose; nach kürzester Frist ($1^1/_2$—$3^1/_2$ Jahr) folgen Recidive. Von *schlechter* Vorbedeutung sind vorgerücktes Alter, erbliche Belastung, Abhängigkeit von Menstruationsstörungen, ungewöhnliche Verlaufsarten und wahrscheinlich auch Alkoholexcesse und Schädeltraumen. Prognostisch *günstig* erscheint normale geistige Anlage und vielleicht Ausbruch der Psychose im Anschluss an einen psychischen Shock. Voss (Greifswald).

86. **Ueber akute Psychosen nach Operationen am Gallengangsystem;** von Dr. Paul Ilrbach. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 47. 1907.)

U. berichtet über 5 Kranke. Die psychischen Bilder zeigten meist Aehnlichkeit mit dem sogen. Collapsdelirium. Bei 4 Kranken handelte es sich um Drainage der Gallenwege. Meist fiel das Abklingen der Psychose mit dem Erscheinen gallig gefärbter Stühle zusammen. U. vermuthet deshalb, dass die Galle Stoffe enthält, deren Fortfall für die psychische Erkrankung verantwortlich zu machen ist. Moritz (Leipzig).

87. **Gicht und Psychose;** von E. Mendel in Berlin. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXXXIX. 1—4. p. 159. 1906.)

In sehr seltenen Fällen tritt nach einem heftigen Gichtanfalle eine akute Psychose vom Charakter des Delirium hallucinatorium auf, oder die schnell ablaufende Psychose ersetzt den Gichtanfall, oder ein Gichtanfall bringt eine lange bestehende Psychose zur Heilung. Das alles ist äusserst selten und unklar und auch heute gilt der Ausspruch von Griesinger: „Ueber die Entstehung von Seelenstörungen unter dem bestimmenden Einfluss der Gicht lässt sich nichts Positives sagen." Dippe.

Digitized by Google

VI. Innere Medicin.

88. Ueber Diphtherie.

1) *A brief study of a diphtheria epidemic at the Adirondock cottage sanatorium (for incipient pulmonary tuberculosis)*; by L. Brown, A. Allen and E. J. S. Lupton. (Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXIII. 2. p. 297. 1907.)

2) *Hirnembolie im Verlaufe der postdiphtherischen Herzschwäche*; von Prof. Escherich. (Wien. klin Wchnschr. LVII. 10. 1906.)

3) *Ein Beitrag zur Frage der Bacillenträger bei Diphtherie*; von Dr. Hasenknopf und Dr. Rothe. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 4. p. 365. 1907.)

4) *Relapses in diphtheria*; by J. D. Rolleston. (Reprinted from „The Brit. Journ. of childrens diseases", August 1907.)

5) *Réapparition de la diphtérie sous l'influence de la rougeole chez des malades traités antérieurement pour une diphtérie ou ayant été en contact avec les diphtériques et ayant subi une inoculation préventive*; par le Dr. Barbier. (Progrès med. XXXVI. 23. 1907.)

6) *An outbreak of diphtheria due to infected milk*; by Charles Harrington. (Boston med. a. surg. Journ. June 27. 1907.)

7) *The local treatment of diphtheria*; by J. D. Rolleston. (Reprinted from „The Antisepsis", Nov. 1906.)

8) *Emploi de l'armadiphtérine dans vingt-et-un nouveaux cas de diphtérie*; par le Dr. Henrotin. (Presse méd. LIX. 34. p. 799. 1907.)

9) *The therapeutic value of formic acid in the treatment of diphtheria*; by Claude B. Ker and David H. Croom. (Ediub. med. Journ. June 1907.)

10) *Le traitement de la diphtérie par les injections massives de sérum antidiphtérique*; par le Dr. Déléarde, J. Minet et Bricourt. (Echo med. du Nord XI. 40. p. 469. 1907.)

11) *The limited value of diphtheria antitoxin as a prophylactic*; by Owen H. Peters. (Brit. med. Journ. Oct. 5. 1907.)

Brown, Allen und Lupton (1) erlebten eine Diphtheriepidemie in einer Lungenheilstätte. Sie ziehen aus den gewonnenen Erfahrungen folgende Schlüsse: „In Instituten sollen die Insassen 2—3mal alle 2 Wochen 500 I.-E. erhalten. Denn bereits 2 Wochen nach Verabreichung einer solchen Gabe kann Diphtherie ausbrechen. Gesunde Bacillenträger brauchen nicht von bacillenfreien Gesunden getrennt zu werden. Weder für die Diagnose noch für die Quarantäne genügt der negative Ausfall einer Cultur. Es erscheint geboten, Culturen noch aus dem Nasensekret anzulegen. Die Kranken sind 3—4 Wochen streng zu isoliren, alsdann, sofern sie noch Bacillenträger sind, von den gemeinschaftlichen Speiseräumen und Gebäuden, sowie von Gesunden auf eine Entfernung von 4 Fuss fernzuhalten. Nebenwirkungen des Serum zeigten die meisten Kranken. In Anstalten, in denen die Freiluftbehandlung streng durchgeführt wird, erlöschen die Epidemien rasch. Die von Diphtherie befallenen Lungenkranken sind im Allgemeinen zu behandeln wie andere Diphtheriekranke, sollen aber im Freien gehalten werden. Serum hat keinen Einfluss auf den Lungenprocess. Fieberndeu können jedoch schon immunisirende Dosen gefährlich werden (?) — Complikationen scheinen bei den Tuberkulösen nicht öfter vorzukommen als sonst."

Escherich (2) beschreibt einen 2jähr. Knaben mit Diphtherie, leichter Stenose und Herzschwäche, bei dem sich eine rechtsseitige Hemiplegie sowie Erscheinungen von Embolie beider Aa. femorales einstellten. Die Sektion ergab kleine Auflagerungen an der Mitralis, kleine parietale Thromben im linken Ventrikel, einen erdbeergrossen gestielten Thrombus am Aortenzipfel der Mitralis, Embolie der linken Art. cerebralis media, der linken iliaca communis, sowie der rechten femoralis, ferner Infarkte der rechten Niere und der Leber.

Bei einem 9jähr. Mädchen sah er 3 Wochen nach Beginn der Diphtherie eine Lähmung aller 4 Glieder sich entwickeln. Es blieb eine rechtsseitige Hemiplegie zurück.

Im Cadettencorps zu Potsdam brach im Herbst 1906, wie Hasenknopf und Rothe (3) berichten, eine Diphtherieepidemie aus, deren Ursprung nicht mit Sicherheit zu ermitteln war. Der erste Kr. wurde sofort isolirt, seine Stubenkameraden wurden abgesperrt. Danach erkrankte ein zweiter und dritter, einer anderen Klasse angehörender und in einem anderen Hause wohnender Cadett. Es wurden nun sämmtliche Insassen des Cadettenhauses, sowie die Familienmitglieder der Wärterfamilie bakteriologisch untersucht, ebenso die Reconvalescenten. 10mal fanden sich diphtherieähnliche Stäbchen, die die Neisser'sche Färbung nicht gaben. Bei den Reconvalescenten wechselten positive und negative Befunde echter Bacillen ab. Einer hatte noch nach 9 Wochen virulente Bacillen. Die Reconvalescenten wurden so lange isolirt, bis sie bacillenfrei waren. So gelang es, die Epidemie zu ersticken. H. u. R. betonen, dass das nur unter den besonderen Verhältnissen, wie sie eine militärische Institution bietet, möglich war. In einer freien Schule fehlt die Möglichkeit eines Zwanges.

Rolleston (4) beobachtete Recidive bei 1% seiner Kranken. Die Rückfälle kamen nicht vor der 3. Woche vor, waren gewöhnlich milder als der erste Anfall, während die Serumerscheinungen sich frühzeitiger und heftiger einstellten als nach den ersten Einspritzungen. Man soll daher bei Behandlung der Rückfälle kleine Dosen wählen.

Barbier (5) will sich davon überzeugt haben, dass 1) Kinder, die einer diphtherischen Infektion ausgesetzt gewesen und immunisirt worden sind, und 2) Kinder, die an Diphtherie erkrankt gewesen und mit Serum behandelt worden sind, in den folgenden 3 Wochen leicht wieder an Diphtherie erkranken, wenn sie von Masern befallen werden. Da in den 3 mitgetheilten Beobachtungen bakteriologische Untersuchungen nicht angestellt wurden, kann man der Mittheilung keinen grossen Werth beimessen.

Harrington (6) beschreibt eine Diphtherieepidemie, die durch eine gemeinschaftliche Milchquelle veranlasst wurde. Eine ein an Diphtherie erkranktes Kind pflegende Person war gleichzeitig mit der Reinigung des Milchkühlers betraut. Auf diese Weise wurde die an 2 Händler abgegebene Milch inficirt, deren Consumenten erkrankten.

Rolleston (7) behandelte von 1000 Diphtheriekranken 153 nur mit Ausspritzungen des Rachens mit Kochsalzlösung unter Zusatz von

Myrrhentinktur, Glycerin und Borax. Da es sich nur um ganz leichte Erkrankungen bei älteren Kindern (Durchschnitt 9 Jahre) handelte, beweisen die „Erfolge" für den Nutzen der Behandlung gar nichts.

Henrotin (8) hat bei weiteren 21 Kranken neben Serum „Armadiphtérine" (Extrakt von Dichondra brevifolia) örtlich angewendet. Bei 19 Kr. schwanden die Bacillen nach 3—17 Tagen, bei den übrigen beiden waren sie während des ganzen Krankenhausaufenthaltes nicht zu beseitigen.

Ker und Croom haben einer grösseren Reihe von Diphtheriekranken Ameisensäure in 25proc. Lösung verabreicht, die von französischen Aerzten als Tonicum der quergestreiften Muskelfasern und Diureticum empfohlen wurde. Sie haben den Eindruck, dass sich ihre Kranken gut dabei befanden, insofern die Herzthätigkeit eine befriedigende war. Die Mittheilung gestattet dem Leser nicht, sich ein selbständiges Urtheil zu bilden.

Doléarde, Minet und Bricourt (10) befürworten die Anwendung sehr hoher Serumgaben.

Peters (11) misst der bakteriologischen Ueberwachung der Recouvalescenten und Isolirung der Bacillenträger bei der Prophylaxe der Diphtherie einen grösseren Nutzen bei, als den Serumeinspritzungen. Das kann natürlich niemand bestreiten. Am sichersten wird man gehen, wenn man das eine thut und das andere nicht lässt.

Brückner (Dresden).

89. **Ueber Bolusbehandlung bei Diphtherie;** von Prof. Stumpf in Würzburg. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 22. 1908.)

St. hat den Bolus früher gegen allerlei Durchfälle (bis zur Cholera) empfohlen, jetzt preist er ihn als sicheres Heilmittel gegen Diphtherie. Die Anwendung ist sehr einfach. Man löst 125 g Bolus in $^1/_4$ Liter frischen Wassers auf und lässt „alle 5 Minuten oder auch noch häufiger" einen Theelöffel bis einen halben Kinderlöffel voll schlucken. Der Erfolg soll schon in wenigen Stunden sehr auffallend sein. Dippe.

90. **Die Pyocyanase als Prophylakticum und Heilmittel bei bestimmten Infektionskrankheiten;** von Prof. Rud. Emmerich in München. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 45. 46. 1907.)

E. bespricht zusammenfassend auf Grund seiner eigenen ausgedehnten günstigen Erfahrungen und der Resultate von Pfaundler, Zucker u. A. die Pyocyanasebehandlung der Diphtherie, für deren Anwendung neben der Heilserum-Injektion er energisch eintritt. Nach kurzer Besprechung der experimentellen Grundlagen des Verfahrens giebt er genau dessen Methodik wieder und theilt endlich eine Anzahl von Krankengeschichten mit, die den Werth seiner Erfindung belegen.

E. selbst sieht den wesentlichsten Fortschritt, „welcher in der Diphtherietherapie durch die Pyocyanase erzielt wird" ... darin ... dass „in Zukunft auch jene schweren Fälle von complicirter Diphtherie rasch und sicher geheilt werden können, welche bisher oft zum gangränösen Zerfall der Rachenorgane, sowie durch ihre sonstigen Zersetzungsprodukte zu schwerer Vergiftung und durch die Strepto- oder Staphylokokken-Allgemeininfektion zu allgemeiner Sepsis führten".

Löhlein (Leipzig).

91. **Influenzasepsis und experimentelle Influenzabacillenseptikämie;** von Dr. Saathoff. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 45. 1907.)

S. berichtet über einen interessanten Krankheitsfall, der zunächst die Symptome der Influenza, dann Erscheinungen von Meningitis, Endokarditis, schliesslich das ausgesprochene Bild der Sepsis bot und der — bei negativem Ausfall der Blutculturen — intra vitam ätiologisch dunkel blieb. Bei der Sektion fanden sich u. A. verruköse Endokarditis der Mitral-, Tricuspidal- und Aortenklappen, beträchtlicher Milztumor, multiple Hämorrhagien des Gehirns und theils hämorrhagische theils eitrige Infiltration der weichen Hirnhäute. Mikroskopisch liessen sich in allen Krankheitherden Bacillen vom Aussehen der Influenzabacillen nachweisen, deren Identität durch Cultur aus der Milz gesichert werden konnte. Der Fall stellt somit ein einwandfreies Beispiel allein durch den Influenzabacillus ausgelöster Sepsis nach typischer Influenza dar.

Löhlein (Leipzig).

92. **Beiträge zur Lehre von der übertragbaren Genickstarre;** von Wilhelm Ebstein in Göttingen. (Deutsche Arch. f. klin. Med. XCIII. 3. p. 241. 1908.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung bespricht E. auf Grund der Literatur und eigener Beobachtungen und Erfahrungen Aetiologie, Anatomie, Verlauf u. s. w. der zur Zeit viel beachteten Krankheit. Dippe.

93. **Ueber epidemische Meningitis;** von Prof. M. Matthes. (Med. Klinik IV. 20. 1908.)

Ueber epidemische Meningitis; von Prof. H. Hochhaus. (Ebenda.)

M. u. H. berichten über die im Jahre 1907 durch Cölu gegangene schwere Epidemie. Erwähnt sei der geringe Erfolg der sorgsamen und thatkräftigen Behandlung. Das oft angewandte Serum versagte auch in grossen Dosen. Dippe.

94. **Klinische Untersuchungen über das Verhalten des Blutes bei Meningitis cerebrospinalis epidemica, Meningitis tuberculosa, Meningitis purulenta non epidemica;** von Gustava Plock. (Virchow's Arch. CXCII. 1. p. 1. 1908.)

Bei der epidemischen (Diplococcus intracellularis) sowie bei der Streptokokken- und Diplokokkenmeningitis besteht auf der Höhe der Erkrankung Leukocytose (bis 26000 Leukocyten in 1 cmm), beim Abklingen Leukopenie (bis 5180). Der Grad der Leukocytose erlaubt keinen sicheren Schluss auf die Schwere des Falles. Es handelt sich dabei durchweg um eine Vermehrung der poly-

morphkernigen neutrophilen Zellen, entsprechend den Befunden bei anderen akuten Infektionkrankheiten und entsprechend den Lehren von Metschnikoff. Die Lymphocyten verhielten sich ungefähr normal. Die eosinophilen Zellen verschwinden auf der Höhe der Erkrankung ganz aus dem Blute, kehren dann mit der Besserung des Allgemeinbefindens auch bei noch bestehendem Fieber wieder und überschreiten die Norm. Die einkernigen grossen Zellen zeigen nichts Besonderes. Zuweilen traten Myelocyten in das Blut über; fast immer findet man basophile ungranulirte Zellen. Die rothen Blutkörperchen sind oft vermindert.

Die tuberkulöse Meningitis ist gekennzeichnet durch das seltene Auftreten einer Leukocytose, häufig findet man subnormale Werthe. Dippe.

95. **Ueber die Therapie der übertragbaren Genickstarre;** von Dr. V. Arnold. (Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 19. 1908.)

Gegen die Magenstörungen, Appetitlosigkeit und Erbrechen empfiehlt A. Salzsäure und warnt vor Morphium. Auffallend günstig wirkten in mehreren Fällen Einreibungen von Guajakol in die Haut: tägl. 1.0 in Lanolin, Vaselin ana 6.0. Dippe.

96. **Zur Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica;** von M. Többon. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 49. 1907.)

T. tritt auf Grund der Erfahrungen, die in 66 im Elisabethhospital in Bochum beobachteten Fällen gesammelt wurden, für eine Therapie ein, die in möglichst frühzeitiger Applikation des Kolle-Wassermann'schen Serum und nach Bedarf wiederholter Lumbalpunktionen besteht — ähnlich wie Lenhartz, Jochmann u. A.

Löhlein, (Leipzig.)

97. **Ueber Tuberkulose.** (Vgl. Jahrbb. CCXCV. p. 66.)

Allgemeines. Aetiologie.

1) *Der Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahre 1907;* von Dr. Nietner. (Berlin 1907.)

2) *Bulletin de la ligue nationale Suédoise contre la tuberculose;* par le Dr. Sture Carlsson. (Stockholm 1907.)

3) *Bericht der VI. internationalen Tuberkulose-Conferenz in Wien. Sept. 1907;* von Prof. Pannwitz. (Berlin 1907. Comm.-Verl. R. Mosse.)

4) *The tuberculosis problem of the Middlesex North District Massachusetts;* by Dr. Th. Harrington. (Boston med. a. surg. Journ. CLVI. 19. 1907.)

5) *Topographie der Tuberkulose in Wien;* von Prof. M. Sternberg. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 38. 1907.)

6) *Verbreitung und Bekämpfung der Lungentuberkulose in Polen;* von Dr. A. v. Sokolowski. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 1. 1908.)

7) *Die Verbreitung der Tuberkulose in den europäischen Staaten;* von Dr. F. Prinzing. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XLVI. 3. 1904.)

8) *Die Bekämpfung der Tuberkulose und die Fürsorge für die Phthisiker;* von Prof. M. Kirchner. (Jena 1908. Gustav Fischer.)

9) *The past, present and future of tuberculosis;* by Dr. F. Shattuck. (Boston med. a. surg. Journ. CLVII. 5. 1907.)

10) *Compendium der Lungentuberkulose für praktische Aerzte und Studirende;* von Dr. W. Müller. (Wiesbaden 1908. J. F. Bergmann.)

11) *Varieties of tuberculosis according to race and social condition;* by Dr. Woods Hutchinson. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVI. 14. 1907.)

12) *Die Sterblichkeit an Tuberkulose in Oesterreich;* von Dr. L. Teleky. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 39. 1906.)

13) *Die Verbreitung der Tuberkulose in Böhmen;* von Dr. A. Taussig. (Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 3. 1908.)

14) *Morbiditätsstatistik der Tuberkulose;* Vorträge von Turban, Hamel, B. Fränkel, Williams, Landouzy. (Ber. d. VI. intern. Tuberkulose-Conferenz 1907.)

15) *Statistisch onderzoek omtrent de al of niet besmettelijkheid van tuberkulose;* van Dr. A. Schucking Kool. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. 1908.)

16) *Internationale Tuberkulose-Statistik. Turban-Gerhardt'sche Stadieneintheilung.* (Ztschr. f. Tuberk. XI. 6. 1907.)

17) *Ueber die Häufigkeit der Tuberkulose;* von Dr. Naegeli. (Verh. d. Congr. f. innere Med. 1907. Wiesbaden 1907. J. F. Bergmann.)

18) *Ueber Häufigkeit und Ursache menschlicher Tuberkulose auf Grund von circa 1400 Sektionen;* von Dr. A. Burkhardt. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIII. 1. 1906.)

19) *Ueber die Frequenz der Tuberkulose im ersten Lebensjahre;* von Dr. E. Binswanger. (Arch. f. Kinderhkde. XLIII. 1—4. 1906.)

20) *Tuberculosis among school children;* by Dr. T. N. Kelynack. (Tuberculosis VI. 12. 1907.)

21) *Clinical remarks on pulmonary tuberculosis in infancy and childhood;* by Dr. R. A. Young. (Brit. med. Journ. March 7. 1908.)

22) *Tuberculosis in orphan children;* by J. Bennot and L. Flick. (III. Ann. Rep. of the H. Phipps Inst. Philadelphia 1907.)

23) *Die Tuberkulose in den bayrischen Strafanstalten 1863—1902;* von Dr. Drossbach. (Friedreich's Bl. f. gerichtl. Med. Heft 5. 1906. Ref. Fortschr. d. Med. XXV. 21. 1907.)

24) *Gedenkschrift zur 25jährigen Entdeckung des Tuberkelbacillus;* von Prof. P. Frosch. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 1. 1907.)

25) *Die Tuberkulosefrage und die Arbeiten der englischen Tuberkulosecommission;* von Prof. H. Kossel. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 5. 1908.)

26) *Ueber experimentelle Hauttuberkulose bei Affen;* von Prof. R. Kraus u. Dr. S. Grosz. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 26. 1907.)

27) *A method of recognising the presence of specific substances in blood serum influencing phagocytosis, and its diagnostic applications;* by Dr. C. Peel Ritchie. (Brit. med. Journ. Nr. 2446. 1907.)

28) *Artverschiedenheit der Tuberkel- und Perlsuchtbacillen, die symbiotische Doppelätiologie der menschlichen Tuberkulose und die Doppelvaccination;* von Dr. C. Spengler. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIV. 6. 1907.)

29) *Zum gegenwärtigen Stand der Tuberkuloseforschung;* von L. Rabinowitsch. (Tuberculosis VI. 8. 1907. — Wien. med. Wchnschr. LVII. 38. 1907.)

30) *Die Beziehungen der menschlichen Tuberkulose zu der Perlsucht des Rindes;* von L. Rabinowitsch. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 24. 1906.)

31) *Die Uebertragungsmöglichkeit der Hausthiertuberkulose auf Menschen;* von Dr. W. Feuereissen. (Mitth. d. Ver. zur Bekämpf. d. Schwindsucht in Chemnitz II. 2. 1907.)

32) *Zur Biologie des Tuberkelbacillus;* von Dr. J. Bartel u. Dr. R. Hartl. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 36. 1907.)

33) *Alcune nuove osservazioni sull'agglutinamento del bacillo di Koch in relazione colla teoria dell'unicismo;* per il Dr. C. P. Goggia. (Gazz. degli Osped. e delle Clin. XLVIII. 81. 1907.)

34) *Sull'adattamento del bacillo tubercolare all'organismo di alcuni animali;* per il Dr. C. P. Guggia. (Ann. dell'Inst. Maragliano II. 2. 1907.)

35) *Ueber die differential-diagnostischen Färbemethoden der Perlsuchtbacillen nach Spengler;* von Dr. E. Suess. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 34. 1907.)

36) *A contribution to the study of the relationship between avian and human tuberculosis;* by S. G. Shattock, Dr. C. G. Seligmann, L. S. Dudgeon and P. N. Panton. (Lancet Nr. 4395. 1907.)

37) *Einige Untersuchungen über die Tuberkulose der Reptilien;* von Dr. E. Bertarelli. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XXVIII. 4. 1905.)

38) *Ueber Mutationen von menschlichen Tuberkelbacillen;* von Sorgo. (Ber. d. VI. internat. Tuberkulose-Conferenz 1907.)

39) *El saprofitismo del bacilo de Koch;* por el Dr. D. Jaime Ferran. (La salud. publ. III. 34. 1907.)

40) *Beitrag zur Lehre von den Infektionswegen der Tuberkulose;* von Prof. v. Behring. (Tuberculosis VI. 9. 1907.)

41) *Ueber eine durch die Ziehl-Färbung nicht darstellbare Form des Tuberkelbacillus;* von Dr. N. A. Michaelides. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 1. 1907.)

42) *Ueber die granuläre, nach Ziehl nicht färbbare Form des Tuberkulosevirus;* von Dr. H. Much. (Ebenda.)

43) *Forms of tubercle bacilli which cannot be coloured by Ziehl-Neelsen stain;* by Dr. C. A. Trenholtz. (New York med. Record f.XXII. 2. 1908.)

44) *Ueber die nicht säurefesten Formen des Koch'schen Tuberkelbacillus;* von Dr. H. Much. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 4. 1907.)

45) *The wax of tubercle bacilli in relation to their acid resistance;* by Dr. W. T. Ritchie. (Journ. of Pathol. a. Bacteriol. X. 4. 1905.)

46) *Constitution chimique du bacille de Koch et de sa substance unissante, ses rapports avec l'acidorésistance;* par J. Auclair et L. Paris. (Arch. de Med. expérim. XIX. 2. 1907.)

47) *Ueber maximale Färbung der Tuberkelbacillen im Auswurf und über das Anreicherungsverfahren;* von Prof. G. Krönig. (Med. Klinik III. 24. 1907.)

48) *Contributo alla cultura del bacillo tubercolare;* per il Dr. E. Marzagulli. (Ann. dell'Inst. Maragliano II. 3. 1907.)

49) *Bemerkung zur Arbeit: Untersuchungen über die Infektiosität verschiedener Culturen des Tuberkelbacillus von C. Fraenkel und E. Baumann;* von Prof. A. Moeller. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LV. 3. 1906.)

50) *Intorno all'azione esplicata dei bacilli tubercolari coltivati in sacchetti di collodio nel peritoneo del cane sopra i poteri difensivi del siero;* per il Dott. C. P. Goggia. (Gazz. degli Osped. e delle Clin. XXIX. 17. 1908.)

51) *Ueber die intracellulare Lagerung der Tuberkelbacillen im Sputum und ihre prognostische Bedeutung;* von Dr. E. Löwenstein. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 43. 1907.)

52) *Ueber das Verhalten der Eiterzellen gegenüber den Tuberkelbacillen;* von Dr. E. Löwenstein. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LV. 3. 1906.)

53) *Ueber die Bedeutung intracellulärer Lagerung von Tuberkelbacillen im Sputum;* von Dr. Th. Pfeiffer u. Cand. med. Adler. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 2. 1908.)

54) *Phagocytosis etc. in sputum, as a measure of resistance in tuberculosis;* by Dr. A. Allen. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVI. 4. 1907.)

55) *The prognosis of pulmonary tuberculosis as determined by the morphology of the tubercle bacillus in the sputum;* by Dr. R. Rosenberger. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. IX. 7. 1907.)

56) *Experimentaluntersuchungen über natürliche Infektionsgelegenheit mit Tuberkulose;* von Dr. J. Bartel u. Dr. F. Spieler. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 38. 1907.)

57) *Infantile tuberculosis: its portal of entry, topography and clinical manifestations;* by Dr. R. G. Freeman. (Med. News LXXXVI. 21. 1905.)

58) *The channels of infection in tuberculosis, together with some remarks on the outlook concerning a specific therapy;* by Dr. T. Smith. (Boston med. a. surg. Journ. CLVII. 13. 1907.)

59) *Giebt es einen intestinalen Ursprung der Lungenauthrakose;* von Dr. W. Schultze. (Münchn. med. Wchnschr. LIII. 35. 1906.)

60) *Die Bedeutung der experimentellen Lungenauthrakose für die Frage nach der Entstehung der Lungentuberkulose;* von Dr. O. Heller u. Dr. A. Wolkenstein. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 3. 1907.)

61) *Zur Frage der Infektionswege der Tuberkulose;* von Prof. Gaffky. (Tuberculosis VI. 9. 1907.)

62) *Vergleichende Untersuchungen über Inhalations- und Fütterungstuberkulose;* von Dr. H. Findel. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LVII. 1. 1907.)

63) *Zur Kenntniss der Tuberkulose-Infektion im Kindesalter;* von Dr. F. Hamburger. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 36. 1907.)

64) *Vergleichende Untersuchungen über die Bedeutung der Athmungsorgane und des Verdauungstractus für die Tuberkuloseinfektion (nach Versuchen an Meerschweinchen);* von Prof. R. Pfeiffer u. Dr. E. Friedberger. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 39. 1907.)

65) *Sur l'origine de la tuberculose pulmonaire;* par L. Bory. (Gaz. des Hôp. LXXX. 31. 1907.)

66) *Ueber die quantitativen Verhältnisse der Tröpfchenausstreuung durch hustende Phthisiker;* par le Dr. H. Zieschè. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LVII. 1. 1907.)

67) *Sur les voies de pénétration de l'infection tuberculeuse dans l'espèce bovine;* par J. Svensson. (Bull. de la ligue Suéd. c. l. tub. Stockholm 1907.)

68) *Die Eingangspforten der Tuberkulose;* von Prof. H. Rihbert. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 42. 1907.)

69) *Der gegenwärtige Stand der Lungenschwindsuchtsfrage;* von Prof. Aufrecht. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 27. 1907.)

70) *Die Mandeln und ihre Bedeutung für die Entwickelung der Tuberkulose;* von Dr. E. Danziger. (New Yorker med. Mon.-Schr. XIX. 4. 1907.)

71) *Les voies normales de pénétration du virus tuberculeux dans l'organisme;* par le Prof. A. Calmette. (Echo méd. du Nord XI. 41. 1907.)

72) *Tuberculose pulmonaire d'origine intestinale et tuberculose pulmonaire d'origine respiratoire;* par le Prof. A. Calmette. (Echo med. du Nord XI. 42. 1907.)

73) *Over de betrekking tusschen de virulentie van den tuberkelbacil en de localisering der door hem veroorzaakte aandoeningen;* door Dr. F. Daels. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. 20. 1907.)

74) *Ueber den Verlauf der Impftuberkulose beim Meerschweinchen;* von Dr. H. Beitzke. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 2. 1907.)

75) *Die Infektionswege der Tuberkulose;* von A. Most. (Fortschr. d. Med. XXVI. 6. 1908.)

76) *Die Topographie der für die Infektionswege der Lungentuberkulose maassgebenden Lymphbahnen;* von A. Most. (Ber. d. VI. internat. Tuberkulose-Conferenz 1907.)

77) *Zur Frage der Genese der tuberkulösen Lungenphthise;* von Dr. C. Hart. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 43. 1907.)

78) *Ueber die Entstehung der Tuberkulose im frühen Kindesalter;* von Prof. A. Schlossmann. (Arch. f. Kinderhkde. XLIII. 1—4. 1906.)

79) *Für und wider die Behring'schen Lehren;* von Dr. E. Bertarelli. (Wien. klin. Rundschau XX. 11. 1906.)

80) *Ueber primäre und sekundäre Tuberkulose des Menschen;* von Dr. Edens. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 6. 7. 1907.)

81) *Untersuchungen über primäre Tuberkulose im Verdauungskanale;* von I. Ipsen. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 24. 1906.)

82) *Sulla tubercolosi di origine alimentare;* per il Prof. A. Bonome. (Gaz. degli Osped. XXVIII. 72. 1907.)

83) *Sulla tubercolosi di origine alimentare;* per il Prof. A. Bonome. (Gaz. degli Osped. XXVIII. 84. 1907.)

84) *Ueber die Bedeutung der Milchinfektion für die Entstehung der primären Intestinaltuberkulose im Kindesalter;* von Prof. J. Fibiger u. Prof. C. O. Jeosen. (Berl. klin. Wchoschr. XLIV. 5. 1907.)

85) *Zur Frage latenter Tuberkelbacillen;* von L. Rabinowitsch. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 2. 1907.)

86) *Zur Frage der Infektionswege der Tuberkulose.* Auszug aus deo Arbeiten von Dr. Uffenheimer. (Tuberculosis VI. 9. 1907.)

87) *Bericht über die im Institute angestellten experimentellen Untersuchungen über den Durchtritt von Bakterien durch die intakte Darmschleimhaut;* von Prof. K. v. Klecki. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 37. 1907.)

88) *Zur Frage über die Infektion des Organismus mit der allgemeinen Tuberkulose der Lungen aus dem Unterhautgewebe, aus dem Blute und hauptsächlich aus dem Darmkanale;* von Prof. A. D. Pawlowsky. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 1. 1908.)

89) *Zur Frage der Schwellung der Halslymphdrüsen;* von Prof. C. Partsch. (Med. Klinik IV. 16. 1908.)

90) *Das Verhalten der Tuberkelbacillen in den verschiedenen Organen nach intravenöser Injektion;* von Dr. W. Noumann u. Dr. H. Wittgeostein. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 28. 1906.)

91) *Ueber die Beziehungen zwischen Organzelle und Tuberkuloseinfektion;* von Dr. J. Bartel. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 42. 1906.)

92) *Zur Biologie des Perlsuchtbacillus;* von Dr. J. Bartel. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 6. 1907.)

93) *Die Zungentonsille als Eingangspforte des Tuberkelbacillus;* von Dr. Ziokgraf. (Ebenda.)

94) *Aetiologie der transcutanen Tuberkulose;* von Prof. J. Courmont u. Dr. Losiour. (Med. Klinik III. 47. 1907.)

95) *Die congenitale Tuberkulose und ihre Bedeutung für die Praxis;* von Dr. C. Kraemer. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. IX. 2. 1908.)

96) *Quelques critiques sur les idées modernes en matière de tuberculose;* par le Dr. G. Arthaud. (Progrès méd. XXIII. 31. 1907.)

97) *Ueber die Rolle der ererbten Disposition bei der Aetiologie der Tuberkulose;* von Dr. J. v. Szubóky. (Wien. klin. Rundschau XXI. 20. 21. 1907.)

98) *Hereditary disposition in phthisis;* by Dr. H. Herbert. (Tuberculosis VII. 1. 1908.)

99) *Die familiäre Belastung der Tuberkulösen und ihre Beziehungen zur Infektion und Vererbung;* von Dr. W. Weinberg. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VII. 3. 1907.)

100) *Ueber erbliche Disposition zur Lungenphthisis;* von Dr. Boeg. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. IL. 2. 1905.)

101) *The home factor in tuberculosis;* by Dr. H. Hazen. (Bull. of the Johns Hopkins. Hosp. XVIII. 197. 1907.)

102) *The incidence of pulmonary tuberculosis in large families;* by Dr. H. Shively. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXII. 2. 1905.)

103) *Disposition und Virulenz;* von Prof. D. Finkler. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 39. 1907.)

104) *Der normale und abnormale Bau des lymphatischen Systems und seine Beziehungen zur Tuberkulose;* von Dr. J. Bartel. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 38. 1907.)

105) *The mechanism of resistance to tuberculosis;* by Dr. E. Baldwin. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. IX. 7. 1907.)

106) *La tuberculosis ante la higiene;* por el Dr. A. Rohles. (La sal. publ. III. 35. 1907.)

107) *La prétuberculose;* par le Dr. S. Bernheim et Dr. L. Dieupart. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 5. 1907.)

108) *Die Ursachen der relativen angeborenen Immunität des Hundes gegen Tuberkelbacillen;* von A. H. Haentjens. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 3. 1907.)

109) *On the diathesis: the personal factor in disease;* by Dr. Dyce Duckworth. (Lancet March 7. 1908.)

110) *Some comparison of phthisical with non-tuberculous males;* by W. C. Rivers. (Brit. med. Journ. June 16. 1906.)

111) *Non-tuberculous intra-nasal and post-nasal abnormalities: their recorded association with tuberculosis;* by W. C. Rivers. (Lancet Dec. 28. 1907.)

112) *Relation of polymastia to tuberculosis;* by Dr. T. Iwai. (Lancet Oct. 5. 1907.)

113) *Die mechanische Disposition der Lungenspitzen zur tuberkulösen Phthisis;* von Dr. D. Rothschild. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 27. 1907.)

114) *Die Manubriumcorpusverbindung des Sternum und die Genese der primären tuberkulösen Phthise der Lungenspitzen;* von Dr. C. Hart. (Ebenda.)

115) *Einige Bemerkungen über die Stenose der oberen Brustapertur und ihre Beziehung zur Lungenphthise;* von D. v. Hansemann. (Ebenda.)

116) *Die Manubriumcorpusverbindung des Sternum und ihre Beziehungen zur Genese der tuberkulösen Lungenphthise;* von Dr. M. Lissnuor. (Ebendn.)

117) *Die Beziehungen des knöchernen Thorax zu den Lungen und ihre Bedeutung für die Genese der tuberkulösen Lungenphthise;* von Dr. C. Hart. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VII. 4. 1907.)

118) *Ueber subapicale Lungenfurchen und ihre Beziehungen zur Genese der tuberkulosen Spitzenphthise;* von Dr. S. Kitamura. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 3. 1907.)

119) *The relation of tuberculosis to municipal and industrial life;* by Dr. C. Stover. (Albany med. Ann. XXVIII. 5. 1907.)

120) *Ueber Lungentuberkulose nach Chlorgasvergiftung;* von Dr. F. Köhler. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 6. 1907.)

121) *Environment and personal hygiene as causes of consumption;* by Dr. Cole Newton. (New York med. Record LXXII. 26. 1907.)

122) *Alkohol und Tuberkulose;* von Dr. Holitscher. (Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 11. 1908.)

123) *Alkohol und Tuberkulose;* von Dr. Holitscher. (New Yorker med. Mon.-Schr. XIX. 6. 1907.)

124) *Alkohol und Tuberkulose;* von Dr. Kaeser. (Ebenda.)

125) *The tendency to consumptian;* by Dr. J. Huber. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVI. 26. 1907.)

126) *L'alcoolisme et les tuberculoses externes chez l'adulte et chez l'enfant;* par P. Reynier. (Bull. de l'Acad. de Méd. LVIII. 41. 1907.)

127) *L'alcool secondo la clinica di Genova;* per il Dott. S. Mirceli. (Gaz. degli Osped. XXVIII. 99. 1907.)

128) *Ist die Kehlkopftuberkulose als eine Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen?* von A. Kuttner. (Berl. klin. Wchnschr. XLII. 29. 1905.)

129) *Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft;* von Prof. A. Kuttoer. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 5. 1907.)

130) *Ueber den deletären Einfluss der Schwangerschaft auf die Larynxtuberkulose;* von Dr. W. Freudenthal. (Ebenda.)

131) *Tuberkulose und Schwangerschaft;* von Dr. W. Weinberg. (Med. Klinik III. 29. 1907.)

132) *Tuberkulose, Schwangerschaft und Statistik;* von Dr. G. Heimann. (Ebenda.)

133) *Ueber die Verschlimmerung der Tuberkulose durch Unfälle;* von Dr. L. Feilchenfeld. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 12. 1908.)

134) *Accidents du travail et tuberculose pulmonaire;* par le Prof. I. Patoir. (Echo méd. du Nord XI. 51 1907.)

135) *Traumatisme et tuberculose; influence des mouvements sur l'évolution des ostéo-arthrites tuberculeuses;* von Lannelongue et Achard. (Bull. de l'Acad. de Méd. LIII. 7. 1905.)

Der Jahresbericht des deutschen Central-Comités zur Bekämpfung der Tuberkulose, von Nietner (1) erstattet, giebt einen vorzüglichen *Ueberblick über die gesammte Tuberkulosebewegung* und hebt besonders hervor, dass das Verständniss für Tuberkulosefragen in erfreulicher Weise in allen Schichten der Bevölkerung weitere Verbreitung findet. Besonders die Tuberkulose des Kindesalters lenkt immer mehr die Aufmerksamkeit von Aerzten und Laien auf sich. Und ebenso wie in Deutschland ist man in anderen Ländern erfolgreich bemüht, die Einrichtungen zur Bekämpfung der Tuberkulose weiter auszugestalten. Welche Arbeit auf diesem Gebiete, sowie in der weiteren Erforschung der gesammten Tuberkulosefrage geleistet wird, das ergiebt sich am Klarsten aus den über die einzelnen Länder erstatteten Berichten, die in den Verhandlungen des Wiener Congresses (3) enthalten sind.

Mittheilungen über die *Verbreitung der Tuberkulose*, sowie statistische Arbeiten liegen nicht gerade zahlreich vor und bringen meist nichts Neues. Beachtung verdienen immerhin die Feststellungen Hutchinson's (11) über die Verschiedenheiten der Tuberkulose bei verschiedenen Menschenrassen. H. nimmt geradezu eine verschiedene Empfänglichkeit der Rassen an: während die Japaner und Chinesen keine auffallend hohe Tuberkulosesterblichkeit zeigen, finden wir bei den Indianern in Nordamerika ganz erschreckend hohe Zahlen der Tuberkulosemortalität. Dieser Unterschied ist damit zu erklären, dass die Ostasiaten schon durch viele Generationen hindurch von der Tuberkulose durchseucht sind und somit eine gewisse Immunität gegen die Tuberkulose geerbt haben, während die Indianer, in früheren Generationen frei von Tuberkulose, der Krankheit schutzlos gegenüberstehen, wie die gesammte Menschheit vor Tausenden von Jahren, als die Tuberkulose noch eine akute septische Infektionskrankheit war.

Die Angaben Naegeli's (17) über die *Häufigkeit der Tuberkulose* hatten in letzter Zeit so viel Angriffe erfahren, dass N. bei dem Congresse für innere Medicin Veranlassung nahm, seine Befunde nochmals klarzulegen und zu vertheidigen. Er konnte zunächst den Einwand widerlegen, dass die von ihm angegebenen Zahlen für die latente Tuberkulose zu hoch seien, weil die darüber angestellten Nachprüfungen nicht mit der erforderlichen Gründlichkeit angestellt waren. Er konnte ferner nachweisen, dass er nur solche Herde, bei denen die mikroskopische Untersuchung zweifellos ausgefallen war, als tuberkulös gezählt hatte, und dass Abschwächungen der Virulenz nicht in Frage kamen. Schliesslich war auch das zu Grunde gelegte Sektionsmaterial derartig, dass ein Rückschluss auf die Gesammtbevölkerung ohne Weiteres gerechtfertigt ist. N. hält demnach unbedingt daran fest, dass 97% aller Erwachsenen tuberkulöse Herde aufzuweisen haben.

Zu ähnlichen Ergebnissen führten auch die Untersuchungen von Burkhardt (18), die sich allerdings, im Gegensatze zu Naegeli's Statistik, auf ein ausschliesslich den ärmeren Bevölkerungsklassen entnommenes Material stützen. Ausserdem weicht B. in der Anordnung seiner Untersuchungen wie in der Begreuzung des Begriffes Tuberkulose etwas von Naegeli ab. Trotzdem deckt sich das Ergebniss nahezu mit Naegeli's Zahlen; denn B. fand bei 91—94% der Erwachsenen tuberkulöse Herde, hält es aber nicht für ausgeschlossen, dass bei den 6—9% mit negativem Befunde kleine tuberkulöse Herde übersehen worden sind, weil mitunter einzelne Organe nicht untersucht werden konnten und weil bisweilen sogar die Sektionen nicht ganz zu Ende geführt werden konnten. Man darf daraufhin wohl die Untersuchungen B.'s als eine Bestätigung der Naegeli'schen Angaben betrachten.

Uebrigens fand B. bei den Untersuchungen von Kinderleichen noch höhere Zahlen als Naegeli, wie denn über die Häufigkeit der Kindertuberkulose überhaupt widersprechende Angaben in der Literatur zu finden sind.

Ueber die *Tuberkulose in Gefängnissen* giebt Drossbach (23) eine interessante Statistik, die bestätigt, dass die Sterblichkeit an Tuberkulose in Strafanstalten mit der Schwere der Strafvollstreckung steigt und stets höher ist, als die Tuberkulosesterblichkeit der freien Bevölkerung, obgleich bei dieser die allgemeine Sterblichkeit eine höhere ist, als bei den Gefangenen.

Der 25jährige Gedenktag der Entdeckung des Tuberkelbacillus veranlasst Frosch (24) zu einem Rückblicke, in dem er die bahnbrechende Bedeutung dieser Entdeckung gebührend würdigt, gleichzeitig aber auch grundsätzlich an der Lehre von der *Verschiedenheit der menschlichen und thierischen Tuberkulose* festhält. Aber Fr. hält nicht nur theoretisch die Koch'sche Lehre aufrecht, sondern stellt sie auch als Grundlage für alle praktischen Maassnahmen hin, weil die *„einigen wenigen"* Perlsuchtinfektionen ebenso wie die auf Vererbung beruhenden Erkrankungen als nebensächlich anzusehen sind. Eine Infektion des Rindviehs durch menschliche Tuberkulose wird gänzlich in Abrede gestellt. „Alle" einschlägigen Veröffentlichungen und Nach-

prüfungen werden in diesem Sinne gedeutet, auch der Bericht der englischen Tuberkulosecommission. Auch Kossel (25) unterzieht den Bericht dieser Commission einer scharfen Kritik, wobei er weniger die Versuche selbst, als die aus ihnen gezogenen Schlussfolgerungen bemängelt: er entnimmt aus dem Berichte, ebenso wie Froseh, eine Bestätigung der Koch'schen Theorie.

Eine Bestätigung dieser Theorie lässt sich nun allerdings aus verschiedenen Arbeiten entnehmen, die wir zunächst anführen, um die entgegengesetzten Ansichten später zu besprechen. Durch Ueberimpfung auf Affen konnten Kraus und Grosz (26) bei diesen eine Hauttuberkulose hervorrufen, die einen durchaus verschiedenen Verlauf zeigte, je nachdem man menschliche Tuberkulose oder Perlsuchtstämme benutzte. Regnér (3) beschreibt die Verhältnisse in einer Gemeinde Nordschwedens, in der eine ausserordentlich hohe Tuberkulosesterblichkeit unter der Bevölkerung herrschte, während das Rindvieh ganz frei von Perlsucht war und auch auf Tuberkulin nicht reagirte, obgleich die örtlichen Verhältnisse und die Lebensgewohnheiten zu enger Berührung zwischen Mensch und Vieh und vielfacher Infektionsgelegenheit Anlass gaben.

Aus dem verschiedenen Gehalte des Blutes an specifischen Opsoninen für menschliche und Rindertuberkulose zieht Ritchie (27) den Schluss, dass Menschen- und Rindertuberkulose nicht als identisch anzusehen sind. Die Agglutinine und Präcipitine führt Spengler (28) als Beweis der Artverschiedenheit an: die Organextrakte menschlicher Tuberkulose werden plural agglutinirt und das Serum der Phthisiker enthält Agglutinine und Präcipitine gegen Perlsucht- und Tuberkelbacillentestlösungen; die Organextrakte der Thiertuberkulose geben keine Pluralpräcipitation. Die menschliche Tuberkulose ist daher eine Doppelinfektion, eine symbiotische Tuberkelperlsuchtbacillen-Infektion, wie auch culturell, mikroskopisch und toxikologisch nachgewiesen ist. Die Perlsuchtbacillen des Rindes sind ursprünglich wahrscheinlich eine Abzweigung der symbiotischen Perlsuchtbacillen des Menschen.

Dagegen tritt Rabinowitsch (29. 30) erneut für die Arteinheit der Tuberkelbacillen ein, und zwar auf Grund morphologischer Untersuchungen (Vorkommen von Perlsuchtbacillen bei Erkrankungen von Menschen), wie auf Grund des culturellen Verhaltens und der Virulenz der in thierischer Tuberkulose gefundenen Bacillen. Die Angabe der Dualisten, dass sich in den Perlsuchtveränderungen des Rindviehs nur ausnahmeweise der schwach virulente Typus humanus nachweisen liesse, wird von R. nicht anerkannt, weil die Controluntersuchungen an tuberkulösem Rindvieh noch nicht zahlreich genug vorgenommen sind. Auf Grund ihrer eigenen Untersuchungen von (Kuh) Milchproben und an Thieren der zoologischen Gärten, wobei sie auch menschliche Tuberkulose neben Uebergangsformen häufig feststellte, hält R. an der Einheit des Tuberkelbacillus fest, der nur Wachsthums- und Virulenzunterschiede aufweist. Die einzelnen Thierspecies zeigen keine besondere Disposition für die eine oder die andere Tuberkelbacillenform, sondern es kommt auf die Gelegenheitsursache zur Infektion an.

Für die Arteinheit von Menschen- und Rindertuberkulose lassen sich auch die Untersuchungen von Bartel und Hartl (32) verwerthen, die fanden, dass Tuberkelbacillen des Typus bovinus, ebenso wie die des Typus humanus, in Organgeweben längere Zeit bei 37° steril trocken eingeschlossen soweit in ihrer Virulenz beeinflusst werden, dass sie, wenn man sie mit den Organgeweben zusammen auf Meerschweinchen überimpft, für diese nicht mehr virulent sind.

Ebenso sprechen die Untersuchungen von Goggia (33. 34) für die Arteinheit: die Tuberkelbacillen des Typus humanus zeigen ein verschiedenes Verhalten gegenüber den Agglutininen des menschlichen Serum, wenn sie eine Thierpassage durchgemacht haben. Es kann dieses als ein Beweis dafür angesehen werden, dass die Bacillen sich den verschiedenen Nährböden anpassen. Die Virulenzunterschiede, die man zwischen Perlsucht und Menschentuberkulose zu finden gemeint hat, sind damit zu erklären.

Die von Spengler (s. vor. Bericht) angegebenen morphologischen, bez. tinktoriellen Unterschiede zwischen Tuberkulose- und Perlsuchtbacillen wurden von Suess (35) nachgeprüft, der aber Spengler's Angaben nicht bestätigen konnte. Somit scheint diese Stütze für die Artverschiedenheit der Tuberkelbacillen erschüttert.

Hinsichtlich der *Vogeltuberkulose* sind die Ansichten eben so getheilt, wie hinsichtlich des Verhaltens der Perlsucht zur Menschentuberkulose: während Rabinowitsch (l. c.) auf Grund eines grossen Sektionmateriales und vergleichender experimenteller Untersuchungen zu dem Ergebnisse gelangte, dass die Vogeltuberkulose nur eine Varietät der Säugethiertuberkulose verstellt, konnten Shattock, Seligmann, Dudgeon und Panton (36) aus ihren sorgfältig angeordneten Versuchen den Schluss ziehen, dass menschliche und Vogeltuberkulose *nicht* identisch sind. Diese auf Grund der pathogenen Eigenschaften der Bacillen gewonnenen Ergebnisse erleiden allerdings durch die von denselben Beobachtern mitgetheilte Thatsache eine Einbusse, dass die Opsonine des menschlichen Blutserum sich gegenüber der Menschen- und Vogeltuberkulose gleich verhalten.

Eine interessante Beleuchtung erfahren die Streitigkeiten über die Arteinheit und Artverschiedenheit der Tuberkelbacillen durch die Versuche von Bertarelli (37), der menschliche Tuberkulose durch Kaltblüterpassage morphologisch und hinsichtlich der Virulenz so modificirte, dass die vorher virulenten Bacillen zu Saprophyten wurden. Ueber ähnliche Mutationen berichtet Sorgo (38),

der die elementaren Arten (die wirklichen Einheiten) von den systematischen Arten (den conventionellen Gruppen) trennt. Hinter den systematischen Arten verbirgt sich vielleicht eine ganze Anzahl elementarer Arten. Es kann wohl sein, „dass, wenn verschiedene Experimentatoren mit dem sogenannten Typus humanus an Rindern experimentirten, in Wirklichkeit jeder eine andere elementare Art oder ein Gemenge elementarer Arten zur Hand hatte, und der abweichende Ausfall der Versuche auf diesen Umstand zurückzuführen ist".

Als einen Saprophyten, der sich erst im Thierkörper aus dem *nicht*-säurefesten Bacillus zu dem säurefesten entwickelt, haben wir nach Ferrau (39) den Tuberkelbacillus anzusehen.

Die Frage, ob unser bisher gebräuchliches Untersuchungsverfahren, das sich doch hauptsächlich auf die Säurefestigkeit gründete, ausreichend ist, ist vor allen Dingen durch die Veröffentlichung von v. Behring (40) in den Vordergrund getreten. v. B. weist nach, dass man ausser mit den typischen, säurefesten Tuberkelbacillen auch noch mit den granulären Formen, die auf bakteriolytischem Wege aus den Tuberkelbacillen hervorgehen, zu rechnen hat. Diese Granula, und neben den eigentlichen Körnchen auch Stäbchen, sind nicht mit der Ziehl'schen (Carbolfuchsin), wohl aber mit der Gram'schen Färbemethode nachzuweisen. Michaelides (41) und Much (42) bestätigen diese Angaben unter ausdrücklicher Betonung der Thatsache, dass in Fällen von zweifelloser Tuberkulose Bacillen in den erkrankten Organen gefunden worden, die nicht nach Ziehl, wohl aber nach Gram oder Loeffler zu färben sind. Diese grampositiven Formen, die als Granula wie als Stäbchen auftreten können, sind virulent; es giebt Uebergänge von diesen Granula zu den nur nach Gram zu färbenden Stäbchen und von diesen zu den nach Ziehl zu färbenden Tuberkelbacillen. Diese Beobachtungen, die zunächst an Perlsuchtbacillen gemacht wurden, erwiesen sich auch, wie spätere Untersuchungen von Treuholtz (43) und von Much (44) ergaben, für menschliche Tuberkulose als zutreffend und zwar für Untersuchungsmaterial aus tuberkulösen Organen ebenso wie aus Culturen.

Die *Säurefestigkeit* ist übrigens, wie Ritchie (45) nachweist, nicht an die Wachshülle des Tuberkelbacillus gebunden. Auch Auclair und Paris (46) kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnisse, dass die Wachshülle nicht als die Ursache der Säurefestigkeit angesehen werden kann: diese ist vielmehr von der chemischen Constitution des Bacillus und der physischen Condensation seiner Bestandtheile abhängig.

Ueber die *Färbetechnik* giebt Krönig (47) genauere Anweisungen mit kleinen, aber wichtigen Verbesserungsvorschlägen: makroskopische Auswahl geeigneten Materials; längerdauernde, wiederholte stärkere Erhitzung der Präparate, so dass die Bacillen mit Farbstoffpartikelchen gemästet werden. Sind aber die Bacillen in der zu untersuchenden Masse nur dünn gesät, so nützt das sorgfältigste Färben nichts — man muss alsdann eine Anreicherung vornehmen (Sedimentiren des mit Natronlauge gekochten Sputums) und Centrifugiren.

Für die *Züchtung* von Tuberkelbacillen empfiehlt Marzagalli (48) eine Abänderung der Nocard'schen Methode (Kartoffelscheiben in Glycerin), die bisweilen wegen Säurebildung versagt: er empfiehlt statt des Glycerinwassers eine alkalische Glycerinbouillon, mit der die Kartoffelscheiben angesetzt werden. Die Culturen gedeihen dabei gut.

Die *Phagocytose* der Tuberkelbacillen, die sich in der intracellulären Lagerung dieser Bacillen im Sputum zu erkennen giebt, ist Gegenstand neuer Untersuchungen von Löwenstein (51. 52) gewesen, der darauf hinweist, dass sich die verschiedenen Tuberkelbacillenstämme den Phagocyten gegenüber verschieden verhalten, dass die Leukocyten ihren eigenen (aus demselben Körper stammenden) Tuberkelbacillen gegenüber weniger wirksam sind als gegenüber fremden. L.'s aus diesen Beobachtungen gezogene Schlüsse auf die Prognose konnten übrigens von Pfeiffer und Adler (53) nicht bestätigt werden und werden auch von Allen (54) bezweifelt.

Die überaus wichtige Frage nach den *Infektionswegen* des Tuberkelbacillus ist bei der Wiener Tuberkulose-Conferenz (3) in eingehender und erschöpfender Weise behandelt worden. Das einleitende Referat von Weichselbaum giebt einen ausgezeichneten und unparteiischen Ueberblick über den jetzigen Stand der Forschung: wir haben danach zu rechnen: 1) mit der Inhalationstuberkulose, d. h. mit dem Eindringen von Tuberkelbacillen, die in der Athemluft enthalten sind, in die Lungenalveolen, woraus sich direkt oder auf dem Umwege über die Bronchialdrüsen die Lungentuberkulose entwickelt; 2) mit der Deglutitions- oder Intestinalinfektion, d. h. mit dem Eindringen der Tuberkelbacillen durch Vermittelung von Athemluft, Ingesta, Berührungen u. s. w. in die oberen oder unteren Abschnitte des Digestionstractus, von wo aus sie die regionären Lymphdrüsen inficiren, um von diesen aus auf lympho- oder hämatogenem Wege in die Lungen, bez. Bronchialdrüsen verschleppt zu werden; 3) mit dem Eindringen des Tuberkelbacillus durch andere Schleimhäute (Conjunctiva, Urogenitalsystem) oder durch die Haut und 4) mit dem Eindringen des Tuberkelbacillus aus dem Körper einer tuberkulösen Schwangeren durch den Placentarkreislauf in den Körper des Foetus (congenitale Tuberkulose).

Während man die unter 3) erwähnte Impftuberkulose als eine Ausnahme betrachten kann und in dieser Annahme Uebereinstimmung herrscht, weichen die Ansichten hinsichtlich der übrigen Infektionwege noch erheblich von einander ab. Für die Entscheidung der einzelnen Fragen ist zu beachten, dass die Tuberkelbacillen an den Eintrittspforten nicht immer anatomische oder histologische Veränderungen hervorrufen. Ferner kann als nachgewiesen gelten, dass die Lymphdrüsen nicht ein

unbedingt dichtes Bakterienfilter darstellen, so dass die Tuberkelbacillen eine oder mehrere Drüsengruppen passiren können, bis sie festgehalten werden. In den Lymphdrüsen aber, in denen sie liegen bleiben, rufen die Tuberkelbacillen nicht immer specifisch-tuberkulöse Veränderungen hervor, sondern oft nur eine einfache Hyperplasie (lymphoides Stadium der Tuberkulose), oder sie bleiben längere Zeit vollkommen latent in den Drüsen, ohne irgend welche makro- oder mikroskopische Veränderungen hervorzurufen. Die Lymphdrüsen haben, wie die anderen Organe des Körpers, in verschiedenem Grade die Fähigkeit, Tuberkelbacillen abzutödten oder avirulent zu machen. Keinesfalls kann man aus dem Orte der manifesten specifisch-tuberkulösen Veränderungen oder aus ihrem Grade und Umfange einen absolut verlässlichen Schluss auf die Eintrittspforte oder die Verbreitungsart der Tuberkelbacillen ziehen.

Auf Grund der bisher angestellten Untersuchungen lässt sich feststellen, dass die *Inhalationtuberkulose* beim Menschen sicher vorkommt, dass sie aber nicht so häufig ist, wie man noch vor Kurzem annahm, dass die Deglutitiontuberkulose neben der Inhalationtuberkulose in Frage kommt und namentlich im Kindesalter (Schmutz- und Schmierinfektion) häufig ist, dass schliesslich auch die congenitale Tuberkulose nicht gar so selten ist.

Von den Rednern der Wiener Conferenz pflichteten Fränkel auf Grund seiner Untersuchungen der Nasen- und Mundtuberkulose, Orth unter Betonung der besonderen Disposition der Lungen für Tuberkulose, Weber unter Festhalten des Unterschiedes zwischen menschlicher und Rinder-Tuberkulose, Malm, Bartel, Kovacz, Rumpf den Ausführungen Weichselbaum's bei. Auch Bartel und Spieler (56) nehmen einen vermittelnden Standpunkt ein, indem sie für das jugendliche Alter hauptsächlich die Schmutz- und Schmierinfektion annehmen, bei reichlicher Infektiongelegenheit und langdauernder Einwirkung aber auch die Inhalationinfektion zugeben. Während Raw seinen in früheren Jahresberichten bereits erwähnten Standpunkt beibehält: die Lungentuberkulose kommt durch Inhalationinfektion mit dem Typus humanus, die Drüsen-, Knochen- u. s. w. Tuberkulose durch Perlsuchtinfektion vom Darme aus zu Stande. In demselben Sinne äussern sich noch Freeman (57) und Smith (58).

Lassen die bisher Genannten beiden Infektionwegen gleiche Anerkennung widerfahren, so finden wir bei Anderen deutlich betont, dass sie dem einen oder dem anderen Infektionwege eine erhöhte Bedeutung beimessen. Als Anhänger der *Inhalationtheorie* bekennt sich Kuss (3) auf Grund seiner Versuche mit Russ und Kohletheilchen an Meerschweinchen. Die Lungenanthrakose, die von der Calmette'schen Schule (Vansteenberghe und Grysez, siehe vor. Jahresb.) als Beweis für die Deglutitioninfektion angegeben wurde, ist nach den von Schulze (59) und Heller und Wolkenstein (60) vorgenommenen Untersuchungen im Gegentheile als Beweis für die Inhalationinfektion anzusehen.

Nach seinen Erfahrungen in einem Kinderkrankenhause in Stockholm erklärt Medin (3) eine Uebertragung der Tuberkulose durch Kuhmilch für ausgeschlossen. Ebenso nimmt Gaffky (61) die Inhalationinfektion als die Regel, auch im kindlichen Alter an. G. unterzog an 300 Kinderleichen die Bronchial- und Mesenterialdrüsen einer genauen Untersuchung: er stellte bei 57 Kinderleichen eine tuberkulöse Infektion fest, und zwar 29mal Tuberkulose der Bronchial- *und* Mesenterialdrüsen, 11mal Tuberkulose der Mesenterialdrüsen allein, 17mal Tuberkulose der Bronchialdrüsen allein. Von den 57 Tuberkulosestämmen, die aus diesen Kinderleichen isolirt wurden, waren 53 Typus humanus, 2 ungewiss, 2 Typus bovinus; diese beiden Perlsuchtbacillen stammten von Leichen, in denen nur die Bronchial-, nicht auch die Mesenterialdrüsen erkrankt waren.

Ohne die Möglichkeit einer Darminfektion vollständig abzulehnen, hält Flügge (3) an der Inhalation als Haupteingangsart des Tuberkelbacillus fest, weil Thierversuche ergaben, dass schon eine kleine Anzahl von inhalirten Bacillen genügt, um eine Lungeninfektion herbeizuführen, während man durch Verfüttern von Bacillen nur bei Verwendung von millionenfach grösseren Mengen Krankheiterscheinungen hervorrufen kann, die zudem dann noch später auftreten. Findel (62), der umfangreiche Versuche hierüber im Flügge'schen Institute angestellt hat, bezeichnet das Verhältniss der Bacillenmenge, die durch Inhalation wirksam ist, zu der durch Verfüttern wirksamen wie 1:6 Millionen! Ausdrücklich sei übrigens hervorgehoben, dass Flügge durchaus nicht einseitig die Darminfektion bestreitet: er betont vielmehr die so ungleichen Infektiongelegenheiten und giebt namentlich für Kinder die Milch- und Schmutzinfektion zu, schiebt aber doch die weitaus grösste Zahl der Tuberkulose-Uebertragungen auf die Tröpfcheninfektion. Die Ergebnisse der im Flügge'schen Institute vorgenommenen Untersuchungen wurden durch Pfeiffer und Friedberger (64) vollkommen bestätigt. Die in der Beweisführung für die Inhalationinfektion noch bestehende Lücke, die Feststellung der Anzahl von Tröpfchen, die vom hustenden Phthisiker versprüht werden, ist durch die Untersuchungen von Ziesché (66) ausgefüllt: zwar versprühen nicht alle Phthisiker in der Ausathmungsluft Tröpfchen, und nicht immer sind in den versprühten Tröpfchen Tuberkelbacillen enthalten — indessen findet man sie doch häufig so zahlreich, dass sie für die Infektion ausschlaggebend sein können: bei 20% der Untersuchten wurden binnen ½ Stunde 400—20000 Tuberkelbacillen auf einer in 40—80 cm entfernten Glasplatte aufgefangen.

Digitized by Google

Gegenüber diesen Forschern, die der Inhalationtuberkulose eine erhöhte Bedeutung beilegen, steht eine grosse Anzahl solcher, die die *Deglutitiontuberkulose* in den Vordergrund stellen. Ganz entschieden verharrt Aufrecht (69) auf seinem schon früher (siehe vorj. Jahresb.) dargelegten Standpunkte, dass die Inhalationtheorie unhaltbar sei, dass die Infektion vom Darme aus nur geringe Bedeutung habe, dass die Haupteingangspforten der Tuberkelbacillen die Tonsillen seien.

Für den Darmkanal als hauptsächliche Eintrittpforte erklärt sich sehr energisch Calmette (3. 71. 72), der die Versuchsanordnungen der Flügge'schen Schule (s. oben) bemängelt, weil sie nicht den thatsächlichen, der Wirklichkeit entsprechenden Umständen gerecht werden. C. wendet ferner ein, dass bei den Fütterungsversuchen von den Millionen eingeführter Tuberkelbacillen doch der grösste Theil nicht im Stande war, die Darmwand zu durchdringen, dass dieses nur wenigen gelingen konnte, dass aber die Infektion vom Darme aus leicht zu Stande kommt, wenn es sich, wie auch Herman (3) hervorhebt, um feine Vertheilung der Bacillen (Milch, Auswurf), um virulente Keime und um wiederholte Einwirkungen handelt. Die Inhalationinfektion wird für besondere Fälle zugestanden.

Im Zusammenhange hiermit sei auf die Untersuchungen von Dacls (73) verwiesen, die ergaben, dass für die hämatogene Infektion allein die Virulenz, nicht die Anzahl der eingedrungenen Bacillen maassgebend ist.

Findet man eine Lungentuberkulose ohne gleichzeitige Drüsentuberkulose, so ist nach Welominski (3) für diesen Fall eine Inhalationinfektion anzunehmen. Sonst aber wird man stets ein Eindringen des Tuberkelbacillus in die Lungen von den Drüsen aus zuzugeben haben und sich vorstellen müssen, dass etwaige Halsdrüsenerkrankungen durch Infektion von den Tonsillen aus, Mesenterialdrüsenschwellungen durch Infektion vom Darme aus zu Stande kommen. Die Weiterverbreitung zu den Lungen erfolgt von den Halslymphdrüsen wie von den Mesenterialdrüsen über die Bronchialdrüsen. Gegen diese Angaben W.'s über die lymphogene Verbreitung der Tuberkulose werden von Beitzke (74), Most (75. 76) und Hart (77) anatomisch begründete Einwände erhoben: zuführende Lymphbahnen von den Halslymphdrüsen nach den Bronchialdrüsen existiren *nicht;* eine primäre lymphogene tuberkulöse Infektion der Bronchialdrüsen ist ausgeschlossen.

Nicht auf dem Wege des Thierversuches, sondern durch Erforschung der Tuberkulose im frühesten Kindesalter sucht Schlossmann (3. 78) die Frage nach den Infektionwegen zu lösen. Auf Grund der Befunde von latenter Tuberkulose bei Kindern stellt er fest, dass man wohl isolirte *Mesenterial*drüsenschwellung beobachtet, nicht aber isolirte *Bronchial*drüsenaffektion; vielmehr verbindet sich diese stets mit Anschwellung anderer Drüsen. Zudem ist es trotz eifrigsten Suchens niemals gelungen, in den Alveolarräumen von Kindern Tuberkelbacillen nachzuweisen, was doch, wenn die Inhalationtheorie zuträfe, keine Schwierigkeiten machen könnte. Diese ist daher, für Kinder wenigstens auszuschliessen, und es ist wahrscheinlich, dass die Tuberkelbacillen, wie die Fetttröpfchen, vielleicht an diese gekettet, durch die Darmwand hindurchdringen können, wenn auch ein Eindringen durch die Tonsillen, vom Nasenrachenraume aus u. s. w. nicht auszuschliessen ist. Die Bacillen werden von den regionären Lymphdrüsen bisweilen, aber nicht immer, aufgehalten, gelangen mit dem Lymphstrome in den Ductus thoracicus, in's rechte Herz und von da in die Lungen.

Für die Deglutitioninfektion sind ferner die Angaben über die Häufigkeit der primären Darmtuberkulose von Edens (80), Ravenel (3), Ipson (81), Bonome (82. 83), Fibigor und Jensen (84) zu verwerthen, sowie die Veröffentlichungen von Rabinowitsch (85) und Uffenheimer (86) über die Latenz der Tuberkelbacillen bei intestinaler Infektion. Auch die Untersuchungen von v. Klecki (87) und seinen Schülern über die Durchlässigkeit der intakten Darmwand für Mikroben sind als Stütze der Deglutitiontheorie zu verwerthen; lassen doch diese Untersuchungen keinen Zweifel darüber, dass die Bakterien unter normalen Verhältnissen durch die Darmwand hindurch in die Mesenterialdrüsen und von hier aus in verschiedene Organe (auch die Lungen) gelangen können. In demselben Sinne sind die Beobachtungen von Pawlowsky (88) zu deuten, der in ausgedehnten und gründlichen Untersuchungen den Mechanismus der Darmwanddurchbohrung und die Weiterverbreitung der Tuberkelbacillen studirte. Allerdings nimmt Pawlowsky an, dass ausser der Darminfektion auch ein Eindringen der Bacillen durch die unversehrte Mundschleimhaut und den follikulären lymphatischen Apparat vorkommt. Partsch (89) lenkt nochmals die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit, dass der Tuberkelbacillus durch cariöse Zähne eindringt, und hält fortschreitende, auf eine andere Drüsengruppe überspringende Lymphdrüsenschwellungen für charakteristisch. Im Anschlusse an die bereits von spanischer Seite aufgestellte Theorie über den Saprophyten-Charakter des Tuberkelbacillus (Ferran) spricht sich auch Chabas (3) für die Darminfektion aus, schon weil im Darmkanale die Umwandlung des harmlosen Saprophyten in einen virulenten Tuberkelbacillus vor sich gehen kann.

Besondere Beachtung verdienen die Ausführungen Bärtel's (32) und seiner Schüler über die Einwirkung der Organzelle auf den Tuberkelbacillus, was schon oben, bei der Unterscheidung von Menschen- und Rindertuberkulose erwähnt ist. Die Arbeiten erfordern aber auch noch eingehende Besprechung im Zusammenhange mit den Infektion-

wegen der Tuberkulose. Bartel (90. 91. 92) und seine Mitarbeiter gehen von der wiederholt gemachten Beobachtung aus, dass bei Thierversuchen zu Zeiten, in denen mit Bestimmtheit Tuberkelbacillen in Lymphdrüsen zu erwarten waren, Impfungen mit diesen Drüsen negativ ausfielen. Um das Verhalten anderer Organe zu erforschen, wurden Tuberkelbacillenemulsionen in die Jugularvene von Hunden eingespritzt. Von den so inficirten Hunden wurden alsdann nach gewissen Zeiträumen Blut und Organstücke auf Meerschweinchen überimpft. Die Tuberkelbacillen liessen sich alsdann 5 Wochen lang nachweisen. Wenn dagegen die Organstücke 22—25 Tage lang bei 37° aufbewahrt wurden, so büssten die in ihnen enthaltenen Bacillen zum Theil etwas von ihrer Virulenz ein: die Ueberimpfung gewisser Organstücke rief dann bei den Versuchsthieren nicht mehr allgemeine Tuberkulose hervor. Es ergiebt sich daraus, dass innerhalb dieser Organe eine die Virulenz herabsetzende Wirkung zur Geltung kam. Als Organe, die diese Eigenthümlichkeit zeigen, sind ausser den Lymphdrüsen die Milz, die Leber und namentlich die Ovarien festgestellt worden, während Blut und Lungen diese Eigenschaft nicht aufweisen. Es wird daraus der Schluss gezogen, dass die einzelnen Organe, ebenso wie die einzelnen Individuen, eine verschiedene Widerstandskraft gegenüber dem Tuberkelbacillus besitzen, dass besonders die Lunge einen Locus minoris resistentiae darstellt. Diese Widerstandskraft der Organe im Einzelnen, wie des Körpers im Ganzen bilden aber zusammen mit der Virulenz des Krankheiterregers die Vorbedingung für die Entstehung eines *manifesten* tuberkulösen Processes. Man wird daher weniger auf die manifeste Tuberkulose, als auf die Incubationzeit Gewicht legen müssen, wenn man die Entstehung und Eintrittpforten der Krankheit erforschen will, und man wird die Lokalisation des manifesten Processes in den Lungen mit der besonderen Empfänglichkeit dieses Organes erklären können, ohne die Eintrittpforte der Krankheiterreger hierher zu verlegen. Ein mit derartig vorbehandelten, avirulenten Organstücken (von menschlicher Tuberkulose, wie von Perlsucht) geimpftes Kaninchen erhielt eine vollvirulente, dichte Perlsuchtculturaufschwemmung in die Peritonäalhöhle eingespritzt und zeigte bei der nach 84 Tagen vorgenommenen Obduktion ausschliesslich einige tuberkulöse Herde in den Lungen, keinerlei Veränderungen am Peritonaeum, die man nach dem Orte der Impfung hätte erwarten können. Bartel wendet sich auf Grund dieser Beobachtung gegen das Cornet'sche Lokalisationgesetz: er will zwar nicht dieses selbst angreifen, erhebt aber Einspruch gegen dessen Anwendung auf specifisch tuberkulöse Veränderungen.

Bezüglich der Zungentonsille, die nach Freudenthal häufig eine Eingangspforte für den Tuberkelbacillus abgeben sollte, liegt eine Veröffentlichung von Zickgraf (93) vor, der am Materiale einer deutschen Heilstätte zu ganz abweichenden Schlussfolgerungen gelangte.

Das Eindringen des Tuberkelbacillus von der Haut aus beobachteten Courmont und Lesieur (94) an Thierversuchen. Die Verallgemeinerung der Tuberkulose ist alsdann abhängig von der Virulenz der überimpften Bacillen.

Für die *congenitale Uebertragung*, über deren doch bisher etwas unterschätzte Bedeutung sich auch Weichselbaum (3) äussert, liegt nur wenig Material vor. Am Eingehendsten behandelt diese Frage Kraemer (95), der die Wichtigkeit dieser Uebertragungsweise, auch für praktische Gesichtpunkte, besonders hervorhebt. Die placentare Uebertragung, die wohl nur bei schwerer Erkrankung der Mutter in Frage kommt, und die germinative Infektion, die eine inficirte Keimzelle zur Voraussetzung hat, sind praktisch nur von geringer Bedeutung. Eine congenitale Infektion kann aber, abgesehen davon, doch stattfinden, weil die Samenblasentuberkulose häufig vorkommt, oft genug als einzige Lokalisation einer tuberkulösen Infektion, und weil für das Zustandekommen der congenitalen Tuberkulose es nicht erforderlich ist, dass gerade der *befruchtende* Samenfaden der Träger des Infektionkeimes ist: vielmehr ist anzunehmen, dass die Samenflüssigkeit im Ganzen die Infektion vermittelt, die auch posteonceptionell, durch nachträgliches Eindringen des infektiösen Sameus in den Uterus, erfolgen kann. Seitens der Mutter ist die Tubentuberkulose von ausschlaggebender Bedeutung; auch ist, im Vergleiche mit den Verhältnissen des Vaters, die länger dauernde Infektiongelegenheit zu berücksichtigen. Der gegen die congenitale Infektion erhobene Einwand, dass man bei Neugeborenen so ausserordentlich selten tuberkulöse Veränderungen vorfindet, ist damit zu entkräften, dass die Tuberkulose, bez. die Tuberkelbacillen latent bleiben. Dass die mütterlichen Theile bei der congenitalen Infektion unbetheiligt bleiben können, erklärt sich mit der geringen Anzahl von Keimen, die im Stande ist, den Embryo zu inficiren. Die Veränderungen des Brustkorbes (Habitus phthisicus), die im späteren Leben auftreten, sind als die Folgen congenitaler Tuberkulose anzusehen. Die Disposition zur Tuberkulose ist nichts Anderes, als die latente, congenitale Tuberkulose.

Dieser bakteriologischen Auffassung von der *Vererbung der Tuberkulose* steht schroff gegenüber die Auslassung v. Unterberger's (3) auf dem Wiener Congresse. Zwar erörtert auch dieser die Vorgänge der Zeugung ausführlich; aber nicht die Tuberkelbacillen, die beim Befruchtungsvorgange in die Eizelle eindringen können, sind das Wesentliche für die Vererbung der Tuberkulose, sondern es werden durch die Chromosomen bestimmte Eigenschaften von den Eltern und Ahnen auf das Kind übertragen, die in ihrer Gesammtheit die Disposition zur Phthise ausmachen. Ohne diese Disposition verläuft die Infektion wirkungslos.

Eine vermittelnde Anschauung finden wir bei Arthaud (96), der nicht ohne spöttische Seitenhiebe auf die thörichte Bacillenfurcht die Vererbung, sei es der Disposition zur Tuberkulose, sei es der Krankheit selbst, als den wesentlichen ätiologischen Faktor hinstellt. Die Bedeutung der vererbten Disposition wird ferner von v. Szabóky (97) anerkannt, sowie auch von Iferbert (98), der auf die Thatsache hinweist, dass erblich belastete Kinder auch dann häufig an Tuberkulose erkranken, wenn man sie frühzeitig von den Eltern trennt, dass sich durch Generationen hindurch das Auftreten der Krankheit auf derselben Seite und in demselben Lebensalter beobachten lässt, dass Infektionen unter Ehegatten selten vorkommen. Die statistischen Erhebungen geben kein vollständiges und zuverlässiges Bild über die erbliche Belastung, weil viele Kranke sich scheuen, eine solche zuzugeben und deshalb leicht unrichtige Angaben machen.

Die statistischen Erhebungen über die Frage stossen auf grosse Schwierigkeiten, hauptsächlich deshalb, weil die Infektiongelegenheiten sehr schwer auszuschliessen sind. Weinberg (99) beschliesst seine sehr gründlichen Untersuchungen mit einem non liquet, während Boeg (100) nach seinen Untersuchungen auf den Farören eine Vererbung der Disposition für unwahrscheinlich hält. Auch Hazen (101) bezweifelt die Möglichkeit der Vererbung und bekennt sich als Anhänger der Infektiontheorie.

Die Brehmer'sche Angabe, dass die jüngsten Kinder in kinderreichen Familien vorzugsweise von der Tuberkulose bedroht sind, konnte durch Shively's (102) Statistik nicht bestätigt werden.

Die *Disposition* zu Krankheiten, also auch zur Tuberkulose, ist aber nach Finkler (103) nicht als eine ursprüngliche Anlage des Körpers anzusehen, sondern sie entsteht erst während des Lebens durch bestimmte Einflüsse, die die Empfänglichkeit verursachen. Die ererbte Empfänglichkeit wird in einzelnen Familien zu einer Eigenschaft der Individuen. Vielleicht ist die ererbte Disposition zur Tuberkulose darauf zurückzuführen, dass der Foetus im Mutterleibe in Folge von Resorption toxischer Stoffe in derselben Weise, wie bei einer Tuberkulinkur, eine negative Phase durchmacht.

Anomalien des Lymphsystems werden von Bartel (104) zur Erklärung der Disposition herangezogen: der Status lymphaticus wird aber nur als eine Theilerscheinung der „hypoplastischen Constitution" angesehen. Die Bedeutung des Lymphsystems hebt u. A. auch Baldwin (105) hervor.

Auf die Eigenthümlichkeiten des *„Terrains"*, das der Tuberkelbacillus für seine Entwickelung benöthigt, wird von Robles (106) hingewiesen, sowie von Landouzy (3), der in Wien auf dem Congresse ausführte, dass ausser der typischen Tuberkulose, die germinativ übertragen wird, auch eine Paratuberkulose vererbt werden kann, die durch Einwirken von toxischen Einflüssen auf das Ei oder den Foetus zu Stande kommt. Die derartig belasteten Kinder kommen schwach entwickelt, kränklich, degenerirt zur Welt. Dieses sind die für die Tuberkulose Disponirten, deren Gewebe einen guten Nährboden für den Tuberkelbacillus bilden. Bernheim und Dieupart (107) bezeichnen die Gesammtheit der Faktoren, die die tuberkulöse Disposition ausmachen, als Prätuberkulose. Diese ist charakterisirt durch Reizungzustände des Pharynx, gesteigerten Sauerstoffverbrauch der Lungen, Polyurie mit Phosphaturie, häufig auch Albuminurie und Hypoacidität des Urins, Hyperacidität des Magens, Fieberneigung.

Eine Unterstützung finden diese Angaben über das Tuberkelbacillen zuträgliche Terrain durch die Versuche von Haentjens (108), der den Nachweis bringt, dass die Gewebesäfte des Hundekörpers auf den Tuberkelbacillus kräftiger einwirken, als die des Meerschweinchens.

Auf den Antagonismus von Gicht und Tuberkulose weist Dyce Duckworth (109) hin. Rivers (110. 111) bespricht den Zusammenhang von Nasenstörungen und Tuberkulose; Iwai (112) fand Polymastie bei Tuberkulöser häufiger als bei Gesunden.

Die im vorjährigen Berichte ausführlich besprochenen Untersuchungen Hart's über die *Anomalien der oberen Brustapertur* in ihren Beziehungen zur Lungentuberkulose haben zu einer Polemik Rothschild (113) gegen Hart (114) geführt, in der sich v. Hansemann (115) und Lissauer (116) den Hart'schen Angaben anschliessen. In einer weiteren Arbeit definirt Hart (117) nochmals den Thorax phthisicus als eine „ganz specifische Form des Brustkorbes, welche als die Folge von Entwickelungshemmungen im Bereiche der oberen Brustapertur zu betrachten ist. Er ist der sichtbare Ausdruck zunächst rein anatomischer, mechanischer Störungen am ersten Rippenring, welche weiterhin eine schwerwiegende Bedeutung für die normale, physiologische Athemfunktion erlangen". Uebrigens erklärt Hart diese Thoraxanomalie nur für *einen* der vielen disponirenden Faktoren der Schwindsucht und verwahrt sich gegen die Annahme einer Gesetzmässigkeit, dass jeder mit dieser Thoraxform behaftete Mensch nun auch einer tuberkulösen Lungenerkrankung anheimfallen müsse. Des Weiteren führt Hart aus, dass „jede Lungenpartie unmittelbar von der sie räumlich umschliessenden und ihr funktionell vorstehenden Partie des knöchernen Thorax abhängig ist", dass also die Manubrium-Corpus-Verbindung des Brustbeines nicht von Einfluss auf die Lungenspitzen sein kann (Rothschild).

Einen indirekten Beweis für seine Theorie sieht Hart, wohl nicht mit Unrecht in der *Lokalisation der tuberkulösen Processe in den Lungen von Diabetikern*. Bei diesen findet man die primären Krankheitherde vorwiegend im unteren Theile der Oberlappen, im rechten Mittellappen und im oberen

Theile der Unterlappen: bei Diabetikern ist eine Thoraxanomalie wie bei den anderen Tuberkulösen als Ursache der Lungenerkrankung nicht allgemein anzunehmen und damit fällt die Disposition der Lungen*spitzen* fort. Damit ist nicht gesagt, dass nicht auch einmal bei einem Diabetiker die typische Thoraxanomalie bestehen kann, womit sich ausnahmeweise auch die Erkrankung der Spitzen in solchem Falle erklären würde. Abgesehen davon kann es sich natürlich auch ereignen, dass ein latenter Spitzenherd schon vor dem Eintreten des Diabetes bestand und nun unter dem Einflusse der durch den Diabetes gegebenen Disposition zum Ausgangspunkte einer fortschreitenden Lungentuberkulose wird.

Die Hart'schen (Freund'schen) Angaben finden eine weitere Bestätigung durch Kitamurn (118), der bei der Sektion einer Kinderleiche (Todesursache Perityphlitis) dicht unterhalb der höchsten Erhebung der linken Lungenspitze eine 5 cm lange und theilweise bis 5 mm tiefe Furche an der vorderen Fläche der Lunge fand. Diese Furche beruhte auf einem abnormen Verlaufe der Subclavia. In Folge davon bestand eine Compression der Lungenspitze mit Atelektase und Stenosirung im Spitzenbronchus, sowie tuberkulöse Spitzeninfiltration. Wir können daraus entnehmen, dass eine Furchenbildung nicht nur, wie Freund und Hart ursprünglich annahmen, an der hinteren Lungenfläche, sondern auch vorn die charakteristischen Veränderungen herbeiführen kann. Und ferner sehen wir, dass auch im kindlichen Alter dieselben Ursachen maassgebend sind wie bei Erwachsenen.

Abgesehen von der *ererbten* oder *angeborenen* Disposition ist die *erworbene* Disposition zu berücksichtigen. Von den Schädlichkeiten, die der Beruf mit sich bringt, wird nicht viel Neues berichtet. Stover (119) weist auf die Luftverschlechterung hin, die der Rauch der industriellen Anlagen mit sich bringt, und Köhler (120) berichtet über einen Fall von Lungentuberkulose im Anschluss an Chlorgasvergiftung.

Ueber die Bedeutung des *Alkohols* für die Disposition zur Tuberkulose sind die Ansichten noch getheilt. Holitscher (122. 123) und Kaeser (124) sehen in ihm den besten Bundesgenossen des Tuberkelbacillus und erklären jeden Alkoholgenuss, auch in mässigen Mengen, für eine Schädigung des Körpers, dessen Widerstandkraft dadurch herabgesetzt wird. Dem gegenüber wird von anderer Seite (u. A. von Taussig [3]) darauf hingewiesen, dass weniger die toxische Wirkung des Alkohols auf das Individuum, als die mit dem Alkoholismus, d. h. mit dem *Alkoholmissbrauch* verbundene wirthschaftliche Schädigung mit ihren demoralisirenden Wirkungen und ihrer Beeinträchtigung der Lebensführung in Frage kommt, dass naturgemäss der *Alkoholmissbrauch* auf die Nachkommenschaft des Säufers depravirend wirkt. Aehnliche Anschauungen finden sich bei Huber (125) und Reynier (126).

Gegen die übertriebene Bewerthung der Alkoholschäden sind die interessanten Untersuchungen von Mircoli (127) zu verwerthen, der ursprünglich von der Annahme beherrscht war, dass der Alkohol als Gift auf den Körper einwirke und die Schutzkörper des Organismus beeinträchtige, etwa in der Weise, wie Holitscher und Kaeser dieses nach den Versuchen von Laitinen annehmen. M. untersuchte nun das Serum von „unbussfertigen" Trinkern, die an den regelmässigen Genuss erheblicher Alkoholmengen gewöhnt waren und sich in gutem Ernährungzustande befanden, auch noch keine Anzeichen von Alkoholintoxikation aufwiesen. Zu seinem Erstaunen fand M., dass Versuchsthiere, die mit diesem Trinkerserum behandelt wurden, eine grössere Widerstandkraft gegen das Tuberkulin zeigten. Dieses überraschende Ergebniss blieb bei allen Nachprüfungen dasselbe, auch als M. einen Schritt weiter ging und statt des Trinkerserum das Serum von Säufern verwandte, bei denen der Alkohol schon eine deutliche Einwirkung auf das Nervensystem erkennen liess.

Weitere von Mircoli (und Gerviro) angestellte Versuche ergaben, dass Kaninchen, die längere Zeit hindurch regelmässig Alkohol zu sich genommen hatten, bei einer artificiellen tuberkulösen Infektion nicht abmagerten und fibröse Einkapselung der tuberkulösen Lungenherde zeigten, während die mit der gleichen Dosis geimpften alkoholfreien Controlthiere abmagerten und keine Abkapselung der Käseherde aufwiesen. Die Tuberkulinreaktion verlief bei den alkoholisirten Thieren mit stärkerer allgemeiner und lokaler Reaktion, was auf eine stärkere Reaktionfähigkeit schliessen lässt. Schliesslich fand sich bei Untersuchungen in vitro, dass das Blutserum der alkoholisirten Thiere eine stärkere autohämolytische Wirkung und stärkere bakteriolytische Wirkung (gegen Typhusculturen) zeigte.

Mircoli zieht daraus den Schluss, dass der Alkohol, in mässigen Mengen genossen, neben anderen günstigen Wirkungen (Kardiokinese, Muskelarbeit, Eiweissparmittel) auch durch Erhöhung der natürlichen Schutzkräfte des Körpers bei Infektionkrankheiten günstig wirkt, wenn es auch noch zweifelhaft erscheint, ob der Alkohol vielleicht auf *gesunde* Gewebe schädigend einwirkt.

Der unheilvolle Einfluss, den *Schwangerschaft und Wochenbett* auf den Verlauf der Tuberkulose ausüben, wird von allen Seiten anerkannt, ohne dass eine scharfe Trennung zwischen der Einwirkung der Gravidität und der des Puerperium gemacht wird. Kuttner (128. 129) und Freudenthal (130) machen besonders auf die Verschlimmerungen und Recidive aufmerksam, die die Kehlkopftuberkulose erfährt, sowie auf den schweren Verlauf, den die diffusen Kehlkopferkrankungen bei Schwangeren nehmen. Nur Wein-

berg (131) bestreitet auf Grund statistischer Erhebungen die schädliche Einwirkung und hat sich dadurch in eine Polemik mit Heimann (132) verwickelt. Die Frage nach der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft wird im Abschnitte Behandlung zu erörtern sein.

Ueber die *traumatische Tuberkulose* finden sich nur wenige Arbeiten. Feilchenfeld (133) giebt eine ausführliche, durch Krankengeschichten erläuterte Zusammenstellung über die Einwirkung von Unfällen, die die Tuberkulose (der Lungen) hervorrufen können, Recidive verursachen, latente Tuberkulose manifest machen und Complikationen herbeiführen können. Patoir (134) hält es ebenfalls für erwiesen, dass ein Trauma eine Lungentuberkulose hervorrufen kann, während Lannelongue und Achard (135) die Entstehung von Gelenktuberkulose durch Verletzungen bei ihren Versuchen nicht nachweisen konnten.

Diagnose.

136) *Some points on the diagnosis and treatment of the pretuberculous state;* by Dr. C. Disen. (New York med. Record LXX. 13. 1906.)

137) *Die Frühdiagnose der Lungentuberkulose;* von Prof. G. Krönig. (Deutsche Klinik 179—181. 1907.)

138) *Ueber einfache, nicht-tuberkulöse Collapsinduration der rechten Lungenspitze bei chronisch behinderter Nasenathmung;* von Prof. G. Krontg. (Med. Klinik III. 40. 41. 1907.)

139) *Cantributa alla casistica delle congestioni polmonari dell'apice simulanti la tubercolosi;* per il Dott. S. Lavagna. (Gazz. degli Osped. XXIX. 41. 1908.)

140) *Die Perkussion der Lungenspitzen;* von Prof. Goldscheider. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 40. 41. 1907.)

141) *Einiges über die Diagnose der beginnenden Lungentuberkulose;* von Dr. H. Naumann. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 3. 1908.)

142) *The physical signs of incipient pulmonary tuberculosis;* by Dr. A. Abrams. (New York med. Record LXXIII. 8. 1908.)

143) *The early diagnosis of pulmonary tuberculosis;* by Dr. D. O'Leary. (Albany med. Ann. XXVIII. 12. 1907.)

144) *Zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose;* von Dr. G. Rheiner. (Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte XXVII. 6. 7. 1907.)

145) *The early diagnosis of pulmonary tuberculosis;* by Dr. L. Hamman and Dr. S. Wolman. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XVIII. 197. 1907.)

146) *The early diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis;* by Dr. J. Pryor. (New York med. Record LXXIII. 1. 1908.)

147) *Ueber Bronchophonie der Flüsterstimme;* von Dr. E. Masing. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VII. 4. 1907.)

148) *Le diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions bronchiques chez les enfants;* par le Prof. A. D'Espine. (Tuberculosis VI. 5. 1907.)

149) *Ein wichtiges äusserliches Symptom der beginnenden Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose;* von Dr. G. Siracoff. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 5. 1907.)

150) *L'inégalité pupillaire, signe précoce de la tuberculose;* par le Dr. Narich. (Revue med. de la Suisse rom. XXVI. 12. 1906.)

151) *Zur diagnostischen Verwendung der Endoskopie bei Lungenkrankheiten;* von Dr. H. von Schrötter. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 33. 1906.)

152) *Beitrag zur Morphologie des tuberkulösen Sputums;* von Dr. Zickgraf. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 2. 1908.)

153) *Röntgendurchleuchtung zur Diagnose- und Prognosestellung bei Lungenkrankheiten;* von Prof. P. Krause. (Ber. über d. VII. Vers. d. Tuberk.-Aerzte. Berlin 1907.)

154) *Die röntgenologische Diagnostik der Lungentuberkulose;* von Dr. Pforringer und Dr. Bunz. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1907.)

155) *Die Veränderungen der Lunge im Röntgenbild bei Lungenerkrankungen, insbesondere der Lungentuberkulose;* von Dr. F. Warburg. (Med. Klinik III. 15. 1907.)

156) *Zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose;* von Dr. H. Arnsperger. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1907.)

157) *Recent advances in the knowledge of tuberculosis in early life;* by Dr. C. Hunter Dunn. (Boston med. a. surg. Journ. CLVII. 12. 1907.)

158) *Die lymphatische Entstehung des Lungenspitzenkatarrhs von den Hilusdrüsen aus. Ein röntgenologischer Beitrag zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose;* von Dr. Stuertz. (Ber. über d. VII. Vers. d. Tuberk.-Aerzte. Berlin 1907.)

159) *Die normale und pathologische Lungenzeichnung des erwachsenen Menschen im Röntgenbilde bei sagittaler Durchstrahlungsrichtung;* von Dr. G. Scheleuborg. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 6. 1907.)

160) *On the differential diagnosis of tuberculosis, syphilis, and malignant disease of the larynx;* by Dr. F. Semon. (Brit. med. Journ. Oct. 12. 1907.)

161) *The presence of tubercle bacilli in the spinal fluid in tuberculous meningitis, with the report of a series of cases;* by Dr. G. Canby Robinson. (Bull. of the Ayer clin. Labor. of the Pennsylv. Hosp. Nr. 4. 1907.)

162) *Demonstration zur Diagnose der Genitaltuberkulose;* von O. v. Franqué. (Prag. med. Wchnschr. XXXII. 16. 1907.)

163) *Ein rascher Nachweis des Tuberkelbacillus im Urin durch den Thierversuch;* von Dr. A. Bloch. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 17. 1907.)

164) *Ricerca del bacillo di Koch nelle urine di malati di tubercolosi polmonare;* per il Dott. M. Biagi. (Gazz. degli Osped. XXIX. 23. 1908.)

165) *Untersuchungen über die Verwerthbarkeit neuerer Methoden zur Diagnose der Tuberkulose im Thierversuch;* von G. Joannovics und G. Kapsammer. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 45. 1907.)

166) *Lehrbuch der specifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose;* von Dr. Baudelier und Dr. Roepke. (Würzburg 1908. A. Stuber's Verl. [Cart Kabitzsch].)

167) *Das Tuberkulin in der Hand des praktischen Arztes;* von Dr. H. Weicker. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 50. 51. 1907.)

168) *Ueber diagnostische Tuberkulindosen;* von Dr. E. Löwenstein. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 1. 1907.)

169) *Ueber die diagnostische und therapeutische Verwerthung des Alt-Tuberkulins in der internen Praxis;* von Dr. H. Lüdke. (Würzb. Abhandl. VII. 9. 1907.)

170) *Le tuberculino-diagnostic, le diagnostic par la tuberculine;* par Labbé. (Gaz. des Hôp. LXXX. 85. 1907.)

171) *Tuberculin in diagnosis and therapy;* by Dr. F. Smithies. (Phys. a. Surg. XXIX. 9. 1907.)

172) *Koch's emulsion of bacilli in the diagnosis of incipient thoracic tuberculosis;* by Dr. W. Meyer. (New York med. Record LXXI. 8. 1907.)

173) *On account of some experiments in connexion with Dr. Marmorek's method for the early diagnosis of tuberculosis;* by Dr. H. Spitta. (Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XI. 4. 1907.)

174) *Ueber probatorische Tuberkulininjektionen bei Kindern;* von Dr. E. Binswanger. (Arch. f. Kinderhkde. XLIII. 3—4. 1906.)

175) *Diagnostische Tuberkulininjektionen und Impfungen bei Säuglingen;* von Dr. A. Reicho. (Arch. f. Kinderhkde. XLVII. 4—6. 1908.)

176) *Die Ophthalmo- und Cutan-Diagnose der Tuberkulose;* von Dr. A. Wolff-Eisner. (Beitr. z. Klinik d. Tuberk. IX. 1. 1908.)

177) *Die Allergieprobe zur Diagnose der Tuberkulose im Kindesalter;* von Dr. C. v. Pirquet. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 28. 1907.)

178) *Die cutane Tuberkulinprobe;* von Dr. C. v. Pirquet. (Med. Klinik III. 40. 1907.)

179) *Der diagnostische Werth der cutanen Tuberkulinreaktion bei der Tuberkulose des Kindesalters auf Grund von 100 Sektionen;* von Dr. C. v. Pirquet. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 38. 1907.)

180) *Ueber die Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet;* von Prof. A. Czerny. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVI. 45. 1907.)

181) *Beiträge zur Frage der Specifität der cutanen Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet;* von Dr. Schläpfer. (Beitr. z. Klinik d. Tuberk. IX. 2. 1908.)

182) *Zur Kenntniss der cutanen Impfpapel bei der Tuberkulosediagnose nach v. Pirquet;* von Dr. F. Daels. (Med. Klin. IV. 2. 1908.)

183) *Beiträge zur Diagnostik der Tuberkulose;* von Dr. O. Einstein u. Dr. F. Rosenfeld. (Württemb. Corr.-Bl. LXXVII. 51. 1907.)

184) *Cutaneous tuberculin vaccination in the diagnosis of tuberculosis;* by Dr. W. Butler. (New York med. Record LXXIII. 5. 1908.)

185) *Sitzung des ärztlichen Vereins in Hamburg vom 12. Februar 1907.* Lenhartz. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 48. 1907.)

186) *An aid to the diagnosis of tuberculosis in infancy and childhood;* by Dr. L. Fischer. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVI. 16. 1907.)

187) *Diagnostico precoz de la tuberculosis;* par le Dr. J. Naveiro. (Revue de la Soc. méd. Argent. XV. 85. 1907.)

188) *Erfahrungen mit der v. Pirquet'schen cutanen Tuberkulinreaktion;* von Dr. W. Goebel. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 4. 1908.)

189) *Untersuchungen über die v. Pirquet'sche Tuberkulinreaktion bei Erwachsenen;* von Dr. F. Junker. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 5. 1908.)

190) *Zur Pathogenese gewisser Integumentveränderungen bei Scrofulose;* von Dr. E. Moro und Dr. A. Doganoff. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 31. 1907.)

191) *Della cutireazione e della oftalmoreazione nella diagnostica della tubercolosi;* per il Prof. E. Massalongo. (Rif. med. XXIII. 47. 1907. — Gazz. degli Osped. XXVIII. 141. 1907.)

192) *Cuti-réaction et ophthalmo-réaction dans diverses dermatoses d'origine tuberculeuse ou non;* par le Prof. J. Nicolas u. P. Gauthier. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VIII. 12. 1907.)

193) *Die cutane Tuberkulinreaktion v. Pirquet's als Mittel zur Erkennung der Tuberkulose im Kindesalter;* von Dr. O. Aronade. (Med. Klinik III. 51. 1907.)

194) *Die allergische Renktion als Hülfsmittel zur Diagnose der Tuberkulose im Kindesalter;* von Dr. F. Schleissner. (Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 4. 1908.)

195) *Erfahrungen über cutane Tuberkulinimpfungen (v. Pirquet) bei Erwachsenen;* von Dr. V. Bandler und K. Kreibich. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 40. 1907.)

196) *Zur Diagnose und Therapie tuberkulöser Hautaffektionen;* von Dr. F. Nagelschmidt. (Ebenda.)

197) *Erfahrungen mit der v. Pirquet'schen Tuberkulinreaktion;* von Dr. Engel u. Dr. Bauer. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 37. 1907.)

198) *Ueber den diagnostischen Werth der cutanen und conjunctivalen Tuberkulinimpfungen;* von Dr. A. Hirschler. (Wien. med. Presse XLVIII. 49. 1907.)

199) *Valore diagnostico della cutireazione tubercolinica;* per il Dott. S. Cannata. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 138. 1907.)

200) *Die cutane und conjunctivale Tuberkulinreaktion, ihre Bedeutung für Diagnostik und Prognose der Tuberkulose;* von Dr. A. Wolff-Eisner. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 1. 1908.)

201) *Ueber cutane und conjunctivale Tuberkulinreaktion;* von Prof. Stadelmann u. Dr. A. Wolff-Eisner. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 5—7. 1908.)

202) *Sur un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme par l'ophthalmo-réaction à la tuberculine;* par A. Calmette. (Echo méd. du Nord XI. 25. 1907.)

203) *L'ophthalmo-diagnostic de la tuberculose et son rôle dans la défense sociale antituberculeuse:* par le Prof. A. Calmette. (Tuberculosis VII. 4. 1908.)

204) *Sur l'utilisation pratique de l'ophthalmoréaction pour le diagnostic de la tuberculose chez l'homme;* par le Dr. A. Calmette, Dr. M. Breton, Dr. E. Painblan et Dr. G. Petit. (Echo méd. du Nord XI. 28. 1907.)

205) *Die wissenschaftliche und praktische Bedeutung der Ophthalmodiagnostik der Tuberkulose;* von J. Citron. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 8. 1908.)

206) *Kurze Bemerkungen zur Ophthalmoreaktion bei Tuberkulose;* von Dr. G. Treupel. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 2. 1908.)

207) *Untersuchungen über die Ophthalmoreaktion bei Tuberkulose;* von Dr. Schmidt. (Ebenda.)

208) *Etude expérimentale de l'ophthalmoréaction à la tuberculine;* par le Dr. A. Calmette, Dr. M. Breton et Dr. G. Petit. (Echo méd. du Nord XI. 44. 1907.)

209) *Ueber die conjunctivale Tuberkulinreaktion;* von Dr. F. Levy. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 3. 1908.)

210) *Die Conjunctivalreaktion als Diagnosticum bei Lungentuberkulose;* von Dr. K. Blümel u. Dr. H. Clarus. (Med. Klinik III. 50. 1907.)

211) *Ueber den Werth der Ophthalmoreaktion für die Diagnose der Tuberkulose;* von Dr. L. Blum. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 2. 1908.)

212) *Ueber den Werth der Ophthalmoreaktion bei Tuberkulösen als diagnostisches Hulfsmittel;* von Dr. G. Schröder u. Dr. K. Kaufmann. (Ebenda.)

213) *Haut- und Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin;* von Dr. C. Mainini. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 52. 1907.)

214) *Ueber Ophthalmoreaktion bei Tuberkulose;* von Dr. E. Franke. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 48. 1907.)

215) *L'ophthalmo-réaction à la tuberculine dans le diagnostic precoce de la tuberculose humaine;* par le Dr. C. Ferreira. (Tuberculosis VII. 1. 1908.)

216) *Intorno al valore diagnostico della oftalmoreazione di Calmette;* per il Dott. M. d'Amore. (Rif. med. XXIV. 5. 1908.)

217) *Ueber die diagnostische Bedeutung der Conjunctivalreaktion bei Tuberkulose (Ophthalmoreaktion);* von Dr. E. Schenck. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 2. 1908.)

218) *L'oculoréaction à la tuberculine en clinique infantile, d'après 300 observations;* par le Dr. J. Comby. (Bull. méd. XXI. 90. 1907.)

219) *Diagnostic précoce de la tuberculose par l'ophtalmoréaction;* par Prouff. (Gaz. des Hôp. LXXX. 89. 1907.)

220) *L'oftalmoreazione alla tubercolina;* per il Dott. U. Salvolini. (Rif. med. XXIII. 42. 1907.)

221) *L'ophtalmo-réaction à la tuberculine chez les enfants;* par le Dr. H. Audooud. (Revue méd. de la Suisse rom. XXVII. 10. 1907.)

222) *L'oftalmo-reazione alla tubercolina nell'uomo;* per il Dott. Paronzini. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 156. 1907.)

223) *L'oftalmoreazione nella tubercolosi umana;* per il Dott. Bley e Messenti. (Rif. med. XXIII. 46. 1907.)

224) *L'ophtalmoréaction;* par le Dr. Exchaquet. (Revue méd. de la Suisse rom. XXVII. 11. 1907.)

225) *L'ophtalmo-réaction à la tuberculine;* par le Dr. A. Muchard. (Ibid.)

226) *Oftalmodiagnostico de la tuberculosis;* per il Dott. J. Chabas. (Revue de Hig. y de Tub. IV. 38. 1908.)

227) *Sul valore dell'oftalmo-reazione Calmette;* per il Dott. G. Malaa. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 135. 1907.)

228) *Contributo alla diagnosi precoce della tubercolosi colla oftalmoreazione di Calmette;* per il Dott. G. Alessandri. (Ibid.)

229) *Sur un point particulier de l'oculoréaction: oculoréaction en série chez le même individu;* par R. Dufour. (Revue méd. de la Suisse rom. XXVII. 1. 1908.)

230) *L'oftalmoreazione nella diagnosi di tubercolosi;* per il Dott. T. Armando. (Rif. med. XXIV. 6. 1908.)

231) *Osservazioni sul valore diagnostico dell'oftalmoreazione alla tubercolina;* per il Dott. G. Dameno. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 153. 1907.)

232) *The tuberculin „ophthalmo reaction" of Calmette;* by J. Eyre, Dr. B. Wedd and Dr. A. Hertz. (Lancet Dec. 21. 1907.)

233) *The Calmette serum reaction in ophthalmology;* by S. Stephenson. (Brit. med. Journ. Dec. 28. 1907.)

234) *Sul valore della oftalmoreazione di Calmette nella diagnosi del reumatismo artricolare tubercoloso;* per il Dott. G. Alessandri. (Gazz. degli Osped. XXIX. 38. 1908.)

235) *Contributo allo studio della oftalmoreazione di Calmette;* per il Dott. G. Finzi e Dott. G. Visonà. (Gazz. degli Osped. XXIX. 44. 1908.)

236) *Calmette's ophthalmo-reaction;* by Dr. T. Harrison Butler. (Brit. med. Journ. April 18. 1908.)

237) *Ueber die Ophthalmoreaktion bei den Tuberkulösen;* von Dr. R. Dembinski. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 2. 1908.)

238) *Notes on 121 cases tested with Calmette's tuberculin;* by J. S. Webster and J. A. Kilpatrick. (Brit. med. Journ. Dec. 7. 1907.)

239) *Ueber die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulose;* von Dr. O. Gaupp. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 7. 1908.)

240) *Des résultats tardifs et prolongés de l'ophtalmoréaction, de l'intensité et des complications de cette dernière;* par G. Raviart, Lorthiois, Gayet et Canuac. (Echo méd. du Nord XII. 4. 1908.)

241) *Kritische Bemerkungen zur klinischen Bedeutung der Ophthalmoreaktion auf Tuberkulose;* von Dr. C. Klieneberger. (München. med. Wchnschr. LIV. 52. 1907.)

242) *Oculo-réaction à l'hôpital cantonal de Lausanne;* par H. Béchert. (Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 2. 1908.)

243) *Observations on the ophthalmoreaction to tuberculin;* by W. Mac Lennan. (Brit. med. Journ. Dec. 7. 1907.)

241) *Ueber Ophthalmoreaktion;* von O. Stoll. (Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte XXXVIII. 2. 1908.)

245) *Calmette's „ophthalmoréaction" for tuberculosis; a suggestion of caution in its use;* by Dr. A. Napier. (Glasgow med. Journ. LXIX. 1. 1908.)

246) *De l'ophtalmodiagnostic de la tuberculose dans l'armée;* par Delorme. (Bull. de l'Acad. de Méd. LIX. 3. 1908.)

247) *Warning against the indiscriminate use of the ophthalmoreaction (Calmette) in the diagnosis of tubercle;* by Dr. A. Maitland Ramsay. (Lancet Nr. 4410. 1908.)

248) *Die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulose, eine zur Zeit klinisch und praktisch nicht brauchbare Methode (nebst Bemerkungen über die v. Pirquet'sche Cutanreaktion);* von Dr. C. Klieneberger. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 18. 1908.)

249) *Ueber Ophthalmoreaktion;* von Dr. F. Köhler. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 50. 1907.)

250) *Die Ophthalmoreaktion als Diagnosticum bei Tuberkulose;* von Dr. F. Köhler. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 1. 1908.)

251) *Ueber die Tuberkulin-Ophthalmo-Reaktion;* von Dr. P. Eisen. (Beitr. z. Klinik d. Tuberk. VIII. 4. 1907.)

252) *Die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin als diagnostisches Hülfsmittel;* von Dr. A. Plehn. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 8. 1908.)

253) *Augenärztliche Bemerkungen zur Opthalmoreaktion mit Tuberkulin;* von Dr. E. Waldstein. (Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 9. 1908.)

254) *Die Nachtheile und Gefahren der conjunctivalen Tuberkulinreaktion;* von Dr. R. Collin. (Med. Klinik IV. 5. 1908.)

255) *Untersuchungen über die Ophthalmoreaktion der Tuberkulose;* von Dr. Wieus und Günther. (München. med. Wchnschr. LIV. 52. 1907.)

256) *Die Bedeutung der Conjunctivalreaktion für den praktischen Arzt;* von Dr. E. Sobotta. (Fortschr. d. Med. XXVI. 9. 1908.)

257) *Ueber eine diagnostisch verwerthbare Reaktion der Haut auf Einreibung mit Tuberkulinsalbe;* von Dr. E. Moro. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 5. 1908.)

258) *Vergleichende Untersuchungen mit der Conjunctivalreaktion nach Wolff-Eisner und der Salbenreaktion nach Moro;* von Dr. H. Heinemann. (München. med. Wchnschr. LV. 11. 1908.)

259) *Eine neue Tuberkulinreaktion der Haut;* von Lautier. (Journ. de Méd. de Bord. Janv. 12. 1908. Ref. Buttersack in Fortschr. d. Med. XXVI. 10. 1908.)

260) *Sur une note de M. Liyaières intitulée: sur un nouveau mode de produire chez l'homme tuberculeux la réaction de la peau à l'aide de la tuberculine;* par H. Benjamin. (Bull. de l'Acad. de Méd. LIX. 7. 1908.)

261) *Il glicogeno negli espettorati, valore diagnostico e prognostico;* per il Dott. G. Moscati. (Rif. med. XXIII. 26. 1907.)

Nachdem einmal der Begriff der *Präluberkulose* aufgestellt ist, kann es nicht mehr befremden, dass man für diese Krankheit auch besondere diagnostische Merkmale ausfindig zu machen bestrebt ist. Disen (136) theilt die Kranken in zwei Typen ein, den alkalischen und den sauren. Die zum alkalischen Typus gehörenden Menschen zeichnen sich aus durch Subacidität des Urins, Hypochromatose der Leukocyten, geringe Anzahl der kleinen Lymphocyten, unregelmässige Vertheilung der neutrophilen Granula. Dem entspricht eine verminderte Widerstandskraft des Lungengewebes mit Abnahme der chemicovitalen Widerstandskraft des Organismus. Die Vertreter des alkalischen Typus sollen nun besonders für Tuberkulose disponirt sein. Es scheint, dass D. die Prätuberkulose und den alkalischen Typus identificirt.

Aeusserst werthvoll sind die Arbeiten Krönig's (137. 138) über die *Frühdiagnose der Lungentuberkulose* mit ihrer ausdrücklichen Hervorhebung der physikalischen Untersuchungmethoden. Der Hinweis darauf, dass diese den bakteriologischen Untersuchungmethoden vorausgeeilt sind, die Warnung vor einseitiger bakteriologischer Beurtheilung und Missdeutung verdienen ganz be-

sondere Beachtung. Krönig giebt eine ausführliche Beschreibung der für die Untersuchung der Lungenspitzen, die Feststellung der Schallfelder, erforderlichen Perkussion- und Auskultationtechnik, auf deren Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann. Nur so viel sei erwähnt, dass Hammer und Plessimeter ganz durch die Fingerperkussion zu ersetzen sind, dass zum Nachweise kleiner Herde eine leise Perkussion erforderlich ist, dass dieso oft da schon Ergebnisse liefert, wo auskultatorisch noch nichts nachzuweisen ist. Besonders hingewiesen sei auch noch auf dio von Kr. angegebene Unbeweglichkeit der basalen Lungenabschnitte in Folge von Spitzeninfiltrationen. Diese respiratorische Verschieblichkeit der unteren Lungenabschnitte wird von Kr. geradezu differential-diagnostisch verwerthet, um Spitzenerkrankungen nicht-tuberkulöser Natur, wie sio namentlich in Folge von behinderter Nasenathmung auftreten können, von den typischen tuberkulösen Spitzenaffektionen zu unterscheiden. Derartige Spitzenerscheinungen *nicht*-tuberkulöser Natur, die nach den physikalischen Untersuchungsmethoden von den tuberkulösen nicht zu unterscheiden sind, kommen nach Lavagna (139) bei Gichtikern und im Anschluss an akute Infektionkrankheiten (Typhus, Gelenkrheumatismus, Malaria, Influenza u. s. w.) vor. Sie sind, wenigstens was die Gicht und verwandte Zustände (Herz- und Nierenkrankheiten) betrifft, durch vasomotorische Störungen zu erklären, die zu Gefässerweiterungen und somit Congestionen führen.

Kr.'s Methode wird allerdings von Goldscheider (140) einer scharfen Kritik unterzogen. Zwar stimmt G. mit Kr. darin überein, dass die Ergebnisse der Perkussion für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose wichtiger sind, als die der Auskultation, aber die von Kr. angegebenen Lungengrenzen treffen nicht zu, der Spitzenisthmus existirt nicht, die Lungenspitze ist auf diese Weiso nicht zu bestimmen. Nur die von Kr. vorgeschriebene leise Perkussion ist anzuerkennen. Die eigentliche Lungenspitze, dio der Thoraxapertur entspricht und oberhalb der 1. Rippe in der Supraclaviculargrube zu finden ist, ist zu trennen von der gleichfalls in dieser Grube gelegenen subapikalen Region. Man perkutirt die Lungenspitze, indem man in den Zwischenraum zwischen den Köpfen des Sternocleidomastoideus mit dem gekrümmten Finger oder mit einem gebogenen Glasstabe eingeht. Die Perkussionschläge sind leise zu führen in sagittaler, leicht nach unten gesenkter Richtung. In derselben Weise ist die Perkussion der 1. Rippe auszuführen. Dio Perkussion der Achselhöhle darf nicht versäumt werden. An der Hinterfläche des Brustkorbes ist das Schulterblatt möglichst auszuschalten, indem der Untersuchte die Arme weit nach vorn und seitlich ausstreckt.

Die Bedeutung der leisen Perkussion wird auch von Naumann (141) hervorgehoben unter Hinweis auf die Beobachtung, dass Schallverkürzungen, die man auf diese Weise nachweist, häufig einem Wechsel unterliegen, verschwinden und wieder auftreten können. Es ergiebt sich daraus, dass nicht allein Infiltrationen, sondern auch congestivo Zustände eine Dämpfung zur Folge haben können. Die Nothwendigkeit längerer Beobachtungsdauer und wiederholter Untersuchungen ist damit erwiesen.

Neue Gesichtspunkte für die Frühdiagnose stellt Abrams (142) auf, der von dem Gesichtspunkte ausgeht, dass sich die tuberkulöse Lunge in einem emphysematösen Zustande befindet, der durch Erweiterung der Alveolen bei gleichzeitigem Nachlass des Tonus der elastischen Fasern entsteht. Diese akute Lungendilatation, die schon vor dem Auftreten tuberkulöser Veränderungen nachzuweisen ist, macht sich bemerkbar durch Abweichungen des Perkussionschalles; dieser ist bei normalem Verhalten dor Lungen während des Exspirium matt oder gedämpft, über der emphysematösen Lunge dagegen in Exspirium und Inspirium unverändert. Gleichzeitig damit ist ein Tiefstand der unteren Lungengrenzen nachzuweisen, sowio eine Verlängerung des Exspirium in Folge der verminderten Exspirationkraft. Verbunden damit ist fornor eine Lungenanämie, d. h. eino Anämie pulmonalen Ursprunges, die sich von anderen Anämien dadurch unterscheidet, dass sie mit Abmagerung einhergeht und durch Eisenpräparate nicht zu beeinflussen ist.

Auf die *Bronchophonie* der Flüsterstimme, als ein Frühsymptom der Tuberkulose, macht Masing (147) aufmerksam. Die Erscheinung findet sich oft mit Verlängerung des Exspirium verbundeu, tritt aber auch unabhängig von anderen Symptomen auf und häufig als einzige und allererste Erscheinung. Natürlich lässt sich die Bronchophonie nur in Uebereinstimmung mit den anderen Untersuchungsergebnissen diagnostisch verwerthen und kann allein nicht als Anhalt für die Diagnose dienen. Nach d'Espine (148) ist die Bronchophonie für die Diagnose der Bronchialdrüsen-Tuberkulose, die bei Kindern ohne gleichzeitige Lungentuberkulose vorkommen kann, als erstes Symptom zu verwerthen. Zur Auskultation empfiehlt d'E. das direkte Anlegen des Ohres in der Höhe der oberen Brustwirbel (zwischen 7. Halswirbel und 5. Brustwirbel). Siracoff (149) macht darauf aufmerksam, dass diese Schwellung der Bronchialdrüsen ausser durch dio Veränderung des Stimmfremitus auch noch durch eine Erweiterung der Temporalvenen zu erkennen ist; diese zeigen sich auf der Seite, auf der die Bronchialdrüsen erkrankt sind, am meisten erweitert. Narieh (150) bezeichnet die Pupillendifferenz als ein wichtiges Frühsymptom. v. Schrötter (151) betont die Möglichkeit, durch die Bronchoskopie die Diagnose zu vervollständigen.

Auf die elastischen Fasern, als ein sichores und früh auftretendes diagnostisches Merkmal, weist Ziekgraf (152) hin.

Die *Röntgendurchleuchtung* der Lungen findet zur Unterstützung und Sicherung der Diagnose immer weiter verbreiteto Anwendung. Fast einstimmig wird in allen über diesen Abschnitt der Diagnose geschriebenen Veröffentlichungen anerkannt, dass die Röntgenstrahlen, trotz ihres hohen Werthes für die Feststellung der Erkrankung, doch nur als eines der vielen Hülfsmittel zur Diagnose gelten können, das die anderen Mittel nicht entbehrlich macht. Krause (153) hebt hervor, dass die Röntgenuntersuchung unter Umständen genauere Befunde ermöglicht, als die Perkussion, namentlich wenn es sich um Herde handelt, die von emphysematösem Lungengewebe umgeben sind, dass dagegen in Fällen mit leichtem auskultatorischen Befunde durch die Röntgenstrahlen nicht mehr geleistet wird, als durch die Auskultation. Auch Pförringer und Bunz (154) und Warburg (155) bekamen durch Röntgenstrahlen deutlichere Lungenbefunde, als durch die anderen Untersuchungsmethoden, während Arnspergor (156) erklärt, dass die Röntgenstrahlen nicht mehr leisten, als die anderen Methoden, aber anderes als diese und somit diese in werthvoller Weise ergänzen. Hunter Dunn (157) erklärt die Röntgenstrahlen für die wichtigste Bereicherung der Untersuchungsmethoden. Stuertz (158), der besonders die Bronchialdrüsen durch Röntgonstrahlen nachgewiesen hat, kommt zu dem Ergebniss, dass durch das Röutgenverfahren eine Lungentuberkulose „oft Jahre lang früher wahrnehmbar ist", als die ersten perkutorischen oder auskultatorischen Erscheinungen. Schellenberg (159) giebt eine ausführliche Beschreibung der Technik nebst einer Anweisung über die überaus wichtige Deutung der Befunde.

Ueber die Diagnose der *Kehlkopftuberkulose*, besonders über die Differentialdiagnose von Syphilis und Carcinom des Kehlkopfes, liegt eine ausführliche Arbeit von Semon (160) vor, die die unter Umständen vorkommenden Schwierigkeiten in gebührender Weise würdigt.

Die *bakteriologischen Untersuchungsmethoden* sind im Abschnitte Aetiologie schon zum grössten Theile erledigt. Hier ist noch nachzutragen, dass über den Nachweis von Tuberkelbacillen in der Cerebrospinalflüssigkeit von Canby Robinson (161), im Urin von Bloch (163) und Biagi (164) technische Einzelheiten mitgetheilt werden. Biagi versetzt den zu untersuchenden Urin mit der gleichen Menge alkalisch gemachten Wassers und fügt Blutplasma vom Kaninchen ($^1/_{10}$ der Urinmenge) hinzu. In dem sich bildenden Gerinnsel sind alle im Urin enthaltenen Mikroorganismen eingeschlossen. Man befreit das Gerinnsel durch Ausdrücken möglichst von der darin enthaltenen Flüssigkeit, löst das zurückbleibende Fibrin in künstlicher Verdauungflüssigkeit auf und findet dann in dieser Lösung leicht etwa vorhandene Tuberkelbacillen. — Bl. überimpfte das durch Centrifugiren gewonnene Sediment des zu untersuchenden Urins in die Leistenbeuge eines Meerschweinchens und quetschte die Leistendrüsen des Thieres zwischen den Fingern, um durch eine traumatische Schädigung die Empfänglichkeit der Drüsen zu steigern. Es gelang alsdann, schon nach 9—10 Tagen in den geschwollenen Inguinaldrüsen der Versuchsthiere Tuberkelbacillen nachzuweisen, während derselbe Thierversuch, ohne traumatische Drüsenschädigung, sonst 6—8 Wochen Zeit in Anspruch nimmt. Joannovics und Kapsammer (165) konnten Bl.'s Angaben bestätigen.

Ueber die Diagnose mit Hülfe des *Tuberkulin* enthält das Lehrbuch von Bandelier u. Roepke (166), das nur von der *specifischen* Diagnose und Therapie handelt, eine ausführliche, für die Praxis bestimmte Darstellung, die sich auf reiche praktische Erfahrung gründet. Das Tuberkulin, das für die Diagnose unentbehrlich ist, soll Gemeingut der praktischen Aerzte werden; eine Forderung, für die auch Weicker (167) eintritt. Die probatorische Tuberkulininjektion wird als unentbehrlich bezeichnet, wenn wir die Tuberkulose erfolgreich bekämpfen wollen, weil ohne das Tuberkulin eine rechtzeitige Diagnose nicht zu stellen ist. Tuberkulinschädigungen lassen sich bei vorsichtigem Vorgehen vermeiden.

Einen guten Ueberblick über die Tuberkulinfragen, Diagnose wie Behandlung, giebt uns auch Lüdke (169), der über den Werth der Tuberkulinprobe ebenfalls günstig urtheilt. Er bestreitet die Möglichkeit der Tuberkulinschäden ebenso wie Labbé (170), Smithies (171) u. A. Meyer (172) benutzt, abweichend von den Genannten, die zu diagnostischen Zwecken das Koch'sche Alttuberkulin bevorzugen, die Bacillenemulsion, die ihm gute Dienste leistete.

Ueber eine von Marmorek vorgeschlagene Umänderung der Tuberkulinprobe berichtet Spitta (173). Diese Umänderung besteht darin, dass man das zu untersuchende Material (Sputum u. dgl.) einem Versuchsthiere (Meerschweinchen) subcutan einspritzt, und dass man eine intracerebrale Tuberkulininjektion folgen lässt. Es ergiebt sich dann nach 6 Stunden eine fieberhafte Reaktion, wenn das verdächtige Material von einem Tuberkulösen stammte. Es wurde also die Reaktion, die man bisher als eine unangenehme Zugabe für die Kranken empfunden hatte, dem Kranken erspart bleiben und von seinem Körper auf den des Versuchsthieres abgewälzt werden. Leider fand aber Sp. bei seinen Versuchen, dass die Reaktion nicht immer eintritt, auch wenn man virulente Bacillen vor der intracerebralen Tuberkuleinspritzung überimpft, wenigstens nicht so deutlich, dass man daraus diagnostische Schlüsse ziehen könnte.

Die Mängel, die der Tuberkulinprobe am *Erwachsenen* anhaften, fallen bei *Kindern*, wie Binswanger (174) ausführt, fast ganz fort, weil bei Kindern in den ersten Lebensjahren die inaktive latente Tuberkulose kaum vorkommt und gerade diese inaktive latente Tuberkulose bei Erwachsenen den Werth der Tuberkulinprobe beeinträchtigt. Dazu kommt, dass der positive Ausfall der Tuberkulinreaktion beim Erwachsenen uns nur beweist,

dass der Untersuchte, wie so überaus viele seiner Altersgenossen, mit irgend einer Form von Tuberkulose behaftet ist, während dieselbe Reaktion beim Kinde, namentlich beim jungen Kinde zeigt, dass dieses Kind zu der „schwer gefährdeten Minorität" gehört. Dass die Reaktion im Kindesalter zuverlässige Ergebnisse liefert und, bei genauer Befolgung der Koch'schen Vorschriften, ungefährlich verläuft, konnte B. auf's Neue bestätigen. Interessant ist noch die Beobachtung B.'s, dass unter den zahlreichen von ihm geimpften Kindern auch 3 Säuglinge waren, die, obgleich sie von schwer tuberkulösen Müttern stammten, nicht reagirten: die Mütter starben kurze Zeit nach der Entbindung an Lungenschwindsucht. Der negative Ausfall der Tuberkulinreaktion wurde durch den weiteren Krankheitverlauf, bez. durch 1 Autopsie bestätigt. Die Resistenz der Neugeborenen gegen Tuberkulin ist keine specifische Eigenschaft des kindlichen Organismus, sondern der Ausdruck des Freiseins von Tuberkulose.

Im Gegensatze zu B. giebt Reicho (175) an, dass die Tuberkulininjektionen bei Säuglingen durchaus nicht immer ohne Störungen des Wohlbefindens (Unruhe, Erbrechen) verlaufen. Ausserdem wirkt das Tuberkulin nach R. durchaus nicht specifisch: es wirkt auf kranke, elende Säuglinge, auch wenn keine Tuberkulose besteht, mitunter geradezu toxisch und ruft Störungen des Allgemeinbefindens mit Temperatursteigerungen hervor, die eine Reaktion vortäuschen können.

Die diagnostische Anwendung des Tuberkulin hat nun aber im verflossenen Jahre insofern eine Erweiterung erfahren, als man dazu gelangt ist, die subcutanen Injektionen durch Hautimpfungen und Einträufeln in den Bindehautsack zu ersetzen. Die *Hautimpfung* ist von v. Pirquet (3. 177. 178. 179) angegeben worden. Sie wird in der Weise ausgeführt, dass man die vorher desinficirte Haut mit einem Tropfen Tuberkulin benetzt und durch eine Impfnadel leicht ritzt (wie bei der Pockenimpfung). Am besten benutzt man eine 25proc. Lösung von Alttuberkulin und nimmt eine Controlimpfung mit einer Glycerincarbolsäurelösung vor, die in ihrer Concentration der Tuberkulinlösung entspricht (5% Glycerin, 0.1% Carbolsäure). Es bildet sich dann an der Impfstelle unmittelbar nach der Impfung eine leichte Röthung, die bald wieder verschwindet, und bei tuberkulösen Personen tritt nach einigen oder mehreren Stunden eine mehr oder weniger starke Röthung auf, die an der Stelle der Controlimpfung ausbleibt. Diese Reaktion geht nach einigen Tagen wieder zurück. Eine verlangsamte Rückbildung, bei der noch am 4. Tage deutliche Erscheinungen bestehen, oder ein verspätetes Eintreten der Reaktion (am 3. oder 4. Tage) wird als Spätreaktion bezeichnet.

Die v. Pirquet'sche Hautreaktion beruht auf einer Veränderung der Reaktionfähigkeit, die Allergie benannt ist; ihr Wesen liegt in dem Frühauftreten der Reizerscheinungen, das auf eine Vorbehandlung oder Infektion mit demselben Infektionstoffe, der zur Impfung benutzt wurde, schliessen lässt. Auch die subcutane Tuberkulinreaktion ist als eine allergische Frühreaktion aufzufassen. Bei der subcutanen Tuberkulinreaktion haben wir zu unterscheiden die Herd-, Fieber- und Stichreaktion (örtliche Reaktion). Wenn man aber das Tuberkulin nicht subcutan anwendet, sondern in die Cutis selbst überimpft, so scheint fast gar kein Gift in den Kreislauf zu gelangen: die Herd- und Fieberreaktion fallen fort, und es kommt nur die örtliche Reaktion, die Stichreaktion, zur Beobachtung. Dem entsprechend kann man von der Impfung nicht mehr erwarten, als von der subcutanen Tuberkulineinspritzung: jene stellt nur eine „wesentlich bequemere und ungefährlichere Methode" dar. Insbesondere ist noch zu bemerken, dass die v. Pirquet'sche Impfung fast in allen Fällen von leichter Tuberkulose positiv ausfällt, aber in schweren und vorgeschrittenen Fällen versagt. Ihr Erfinder sieht den Werth der Impfung hauptsächlich in der Bedeutung für die Prophylaxe; „als individuell diagnostisches Mittel hat sie vorderhand nur in der ersten Kindheit einen positiven diagnostischen Werth. Im späteren Kindesalter und noch mehr bei Erwachsenen wird sie nur in negativer Beziehung zum Ausschlusse der Tuberkulose verwerthet werden können".

Die v. Pirquet'schen Angaben sind von einer ganzen Anzahl von Autoren, die Nachprüfungen vorgenommen haben, bestätigt worden, so von Czerny (180), der die Ungefährlichkeit betont und besonders hervorhebt, dass die Hautimpfung im Gegensatze zur subcutanen Probe, auch bei Fiebernden vorgenommen werden kann, von Schläpfer (181) und Daels (182), die die specifische Bedeutung der Reaktion nachwiesen, von Einstein und Rosenfeld (183), Butler (184), Lenhartz (185), Fischer (186), Naveiro (187), Goebel (188), Junker (189), Moro und Doganoff (190), die allerdings beobachtet haben, dass bei scrofulösen Kindern bisweilen eine ausgedehnte, allgemeine Hautreaktion mit Phlyctänenbildung an der Conjunctiva vorkommt, mitunter auch eine als Spätreaktion zu deutende Conjunctivitis phlyctaenulosa ohne Betheiligung der Haut. Massalongo (191) erkennt die Brauchbarkeit der neuen Methode an, hält sie aber für weniger zuverlässig, als die subcutane Tuberkulininjektion. Nicolas und Gauthier (192) bezweifeln ein wenig die Beweiskraft der Reaktion, Aronado (193) erklärt sie wegen ihrer mit dem Alter zunehmenden Häufigkeit für praktisch wenig verwerthbar und fordert weitere Erforschung der Abstufungen, um aus dem Verlaufe der Reaktion Schlüsse ziehen zu können. Schleissner (194) warnt vor übertriebenen Hoffnungen und misst der Reaktion mehr prognostische, als diagnostische Bedeutung bei. Etwas zurückhaltend äussern sich

Bandler und Kreibich (195) und Nagelschmidt (196) über den Werth der v. Pirquet'schen Methode für die Diagnose der Hauttuberkulose. Direkt absprechend urtheilen Engel und Bauer (197), die eine positive Reaktion, bei Säuglingen wenigstens, nicht als beweiskräftig ansehen. Auch Hirschler (198) bestreitet den diagnostischen Werth der v. Pirquet'schen Methode, weil diese gerade in zweifelhaften Fällen im Stiche lässt. Cannata (199) verwirft sie gänzlich, weil sie auch bei fehlender Tuberkulose positiv und bei bestehender Tuberkulose negativ ausfallen kann.

Dagegen wird die Bedeutung der Hautreaktion von Wolff-Eisner (200. 201), dem Entdecker der Conjunctivalreaktion, vollständig anerkannt, obgleich dieser um die Anerkennung der Priorität gegen Calmette zu kämpfen hat. Wolff-Eisner hat gegen die v. Pirquet'sche Reaktion nur das einzuwenden, dass sie zu fein ist, weil sie schon bei der Hälfte der Gesunden positiv ausfällt, also auch inaktive, abgelaufene, klinisch nicht bedeutungsvolle tuberkulöse Processe anzeigt. Wolff-Eisner setzt an Stelle der Hautimpfung die Einträufelung eines Tropfens Tuberkulin in den Bindehautsack und erreicht damit bei Tuberkulösen eine der v. Pirquet'schen ähnliche Reaktion, d. h. eine örtliche (Stich-)Reaktion ohne Allgemein- und Herdreaktion. Diese örtliche Reaktion, die unter dem Bilde einer Conjunctivitis verläuft, tritt einige Stunden oder auch erst einige Tage (Spätreaktion) nach der Impfung auf. Die Spätreaktion ist hier, ebenso wie bei der Cutanimpfung, ein Zeichen dafür, dass ein abgelaufener oder inaktiver Tuberkuloseprocess vorliegt, während die typische Reaktion eine aktive *behandlungsbedürftige Tuberkulose* anzeigt. Und hierin liegt die hohe praktische Bedeutung der Conjunctivalreaktion, dass sie uns darüber Aufschluss giebt, ob ein Kranker in Behandlung zu nehmen ist oder nicht. Denn mit Rücksicht auf die oben angeführten Nägeli'schen Befunde ist es für uns nicht von Bedeutung, zu erfahren, ob Jemand tuberkulös inficirt ist, sondern es kommt darauf an, festzustellen, ob die Infektion zu einer den Körper bedrohenden Krankheit geführt hat (Czerny [l. c.]). Allerdings lässt uns die Wolff-Eisner'sche Reaktion im Stiche in schweren und vorgeschrittenen Fällen von Tuberkulose; aber das sind gerade die Fälle, in denen nach dem klinischen Befunde diagnostische Zweifel nicht bestehen können. Ueberhaupt ist die Conjunctivalreaktion nicht als ein Maassstab des pathologisch-anatomischen Lungenbefundes anzusehen, sondern es kann auch im Frühstadium der Tuberkulose die Reaktion negativ ausfallen. Es ist dieses dann ein Zeichen dafür, dass der Körper auf die Tuberkulotoxine nicht mehr zu reagiren vermag: die Prognose ist dann ungünstig zu stellen, auch bei geringen Veränderungen an den Lungen. Umgekehrt kann aber die positive Reaktion nicht ohne Weiteres als prognostisch günstig gedeutet werden: der positive Ausfall beweist nur, dass ein Kampf besteht, dessen Ausgang noch ungewiss ist.

Zur Wolff-Eisner'schen Reaktion eignen sich Tuberkulol, Alttuberkulin, Neutuberkulin. Man benutzt am zweckmässigsten eine 1—4proc. Lösung von Alttuberkulin, von der man 1 Tropfen in die Bindehaut einträufelt. Nach der ersten Einträufelung beobachtet man häufig eine Ueberempfindlichkeit der Conjunctiva: nach negativer Reaktion folgt bei Wiederholung derselben Dosis eine positive Reaktion. Eine solche Reaktion ist diagnostisch nur mit Vorsicht zu verwerthen. Unbedingt ist bei Wiederholungen mit dem Auge zu wechseln. Von grossem Vortheile ist es, dass die Conjunctivalreaktion ebenso wie die v. Pirquet'sche Impfung bei ambulanten Kranken vorgenommen werden kann, und dass Fieber keine Contraindikation ist. Augenaffektionen sind allerdings als eine solche zu betrachten, auch abgelaufene tuberkulöse Augenerkrankungen. Wolff-Eisner räth übrigens grundsätzlich dazu, die v. Pirquet'sche Hautimpfung neben der Conjunctivalprobe vorzunehmen.

Natürlich ist dazu noch zu bemerken, dass beide Reaktionen nicht von der Lokalisation der Tuberkulose in den Lungen abhängen, sondern überhaupt nur von einem tuberkulösen Processe, der sich irgendwo im Körper abspielt.

Wohl kaum jemals hat eine Entdeckung in so kurzer Zeit eine so zahlreiche Nachprüfung erfahren und so viele Veröffentlichungen zur Folge gehabt, wie die Wolff-Eisner'sche Methode. Calmette (202. 203), der namentlich in der ausländischen Literatur noch vielfach als der Entdecker der Reaktion gilt, hat insofern eine Aenderung vorgenommen, als er, um Nebenwirkungen des Glycerin zu vermeiden, dieses durch Alkohol ausfällte und sich ein Trockentuberkulin herstellte, das dann in der erforderlichen Verdünnung zur Anwendung kommt. Indessen zeigt sich, dass dieses Verfahren nicht empfehlenswerth ist. Man wird gut daran thun, bei der Wolff-Eisner'schen Vorschrift zu bleiben und das aus Höchst gelieferte Alttuberkulin in 1—4proc. Verdünnung durch 3proc. Borsäure mit Zusatz von Carbolsäure zu verwenden. Citron (205) und Treupel (206) warnen ausdrücklich vor der Anwendung von Trockentuberkulin-Präparaten, die nach Calmette's Vorgang auch von den Höchster Farbwerken hergestellt worden sind, weil diese Präparate unsicher und reizend wirken können, und es ist nicht ausgeschlossen, dass manche Misserfolge, die das Verfahren diskreditiren können, auf Verwendung solcher ungeeigneter Präparate beruhen. Nach Citron ist folgendes Vorgehen zu empfehlen: zuerst Einträufelung einer 2proc. Lösung in das eine Auge. Reagirt der Kranke positiv, so lässt man eine Einträufelung einer 1proc. Lösung in das andere Auge folgen. Reagirt er auch jetzt positiv, so ist die Tuberkulose sicher nachgewiesen. Reagirte der Kranke auf die erste Einträufelung einer 2proc.

Lösung negativ, so erhält er eine 4proc. in das andere Auge; reagirt er auch jetzt noch negativ, so ist er sicher frei von Tuberkulose. Zweifel bestehen darüber, wie der positive Ausfall der 4proc. Einträufelung und der negative der 1proc. zu deuten sind.

Eine Vervollständigung erfahren die Untersuchungen noch durch die Beobachtungen von Calmette, Broton und Petit (208), die Versuchsthiere (Kaninchen) vor der Anstellung der Conjunctivalreaktion mit Tuberkulin behandelten. Es ergab sich alsdann eine positive Reaktion bei den Thieren, die nur kleine Dosen Tuberkulin erhalten hatten, also sensibilisirt waren, eine negative dagegen bei den mit hohen Dosen behandelten, also gesättigten Thieren. Ebenso konnte bei gesunden Menschen die bis dahin negative Conjunctivalreaktion durch eine nachträgliche subcutane Injektion von 0.002 Tuberkulin in eine positive verwandelt werden.

Bestätigungen der Wolff-Eisner'schen Angaben finden wir bei Levy (209), Blümel und Clarus (210), Blum (211), Schröder und Kaufmann (212), Mainini (213), Hirschler (l. c.), Franke (214), Forreira (215), d'Amore (216), Schenck (217), Comby (218), Prouff (219), Salvolini (220), Audeoud (221), Paronzini (222), Bleye Messenti (223), Exchaquet (224), Machard (225), Chabas (226), Malan (227), Dufour (229), Armando (230), Dameno (231), die alle die verhältnissmässige Sicherheit der Probe und ihre Unschädlichkeit erklären, wenn sich auch hin und wieder Hinweise darauf finden, dass damit andere Untersuchungsmethoden nicht überflüssig gemacht werden. Eyre, Wedd und Hertz (232) weisen darauf hin, dass der opsonische Index durch die Conjunctivalreaktion ebenso beeinflusst wird, wie durch die subcutane Tuberkulinreaktion. Stephenson (233) berichtet über die Verwendung des nach Calmette hergestellten Testpräparates in der Augenheilkunde zur Sicherung der Diagnose in zweifelhaften Fällen. Alessandri (234) konnte in einem Falle von tuberkulösem Rheumatismus die Diagnose durch die Conjunctivalreaktion bestätigen, Finzi und Visonà (235) in einem Falle von Meningo-myelitis cerebrospinalis.

Andere Autoren erkennen den Werth und die Bedeutung des Wolff-Eisner'schen Verfahrens an, halten es aber doch für etwas unsicher oder doch weniger beweiskräftig als die subcutane Tuberkulininjektion; so Massalongo (191), Harrison Butler (236), Dembinski (237), Webster und Kilpatrick (238) oder haben Bedenken wegen der durch die Reaktion bedingten Schmerzen und Unbequemlichkeiten, wie Gaupp (239), Raviart, Lerthieis, Gayet und Cannac (240), Klieneberger (241), Béchert (242), Nicolas und Gauthier (l. c.), Mac Lennan (243). Eindringlicher warnen Stall (244), Napier (245), Delorme (246), der namentlich gegen die von Calmette vorgeschlagenen Massenuntersuchungen (Schulen, Militär) Einwände vorbringt, Mnitland Ramsay (247). Direkt verworfen wird das Wolff-Eisner'sche Verfahren von Klieneberger (248) in einer späteren Arbeit, ferner von Kühler (249. 250), Eison (251), Plehn (252), Waldstein (253) und Collin (254), der besonders auf die Schwierigkeit hinweist, die Einträufelung technisch einwandsfrei vorzunehmen und genau zu dosiren. Wiens und Günther (255), die sich streng nach den Calmette'schen Vorschriften richteten, fanden nach den Einträufelungen so schwere Augenveränderungen, dass sie eine weitere Anwendung der Methode für unzulässig halten.

Die Erfahrung wird lehren, ob eine Vervollkommnung der Technik die erwähnten Uebelstände vermeidbar macht, oder ob diese vielleicht auf die Benutzung ungeeigneter Präparate zurückzuführen sind. Sollte sich, wie zu erwarten ist, dieses in gewünschter Weise aufklären, so hätten wir in der Conjunctivalreaktion eine Tuberkulinprobe, die geeignet erscheint, die anderen Methoden der diagnostischen Tuberkulinanwendung ganz zu verdrängen, weil sie die diesen anhaftenden Gefahren und Uebelstände vermeidet, weil sie von jedem Arzte in ambulanter Praxis angewendet werden kann, und weil sie die praktisch so unendlich wichtige Frage nach der Nothwendigkeit einer Kur beantwortet. Der Kranke wird sich gegen die Vornahme der Probe viel weniger sträuben, als gegen die subcutane oder cutane Impfung, und der Arzt wird schneller und sicherer zu einer Diagnose gelangen, als durch die bakteriologische Sputumuntersuchung, deren Ergebnisse bei negativem Ausfalle immer zweifelhaft ist, bei positivem Ausfalle weniger besagt (Prognose), als die Conjunctivalreaktion. Welche Folgen für die Entwickelung der Immunitätlehre sich aus den weiteren Erforschungen der Wolff-Eisner'schen Reaktion ergeben werden, lässt sich vorläufig noch nicht übersehen.

An Stelle der Conjunctival- und Hautreaktion schlägt Moro (257) vor, das Tuberkulin *percutan*, in Form einer 50proc. Salbe anzuwenden: die Salbe wird auf eine ungefähr 5cm im Durchmesser messende Stelle der Bauch- oder Brusthaut eingerieben und ruft dort nach einigen Stunden (bez. nach 1—2 Tagen) eine mehr oder weniger starke Knötchenbildung hervor, ohne jede Allgemeinerscheinung, wenn Tuberkulose besteht. Diese Probe soll etwas weniger empfindlich sein, als die v. Pirquet'sche und nach Heinemann (258) dieselben Dienste leisten, wie die Conjunctivalreaktion, vor der sie sich durch die grössere Harmlosigkeit auszeichnet. Denn ausser von Heinemann wurde auch von Anderen häufig langwierige und lästige Conjunctivitis nach den Tuberkulineinträufelungen beobachtet.

Noch einfacher gestaltet sich die percutane Tuberkulinprobe nach Lantier (259), der einen mit 2—3 Tropfen 1proc. Tuberkulins getränkten Wattebausch 48 Stunden lang luftdicht auf den weiter nicht verbehandelten Arm binden lässt und dadurch bei Tuberkulösen eine örtliche Reaktion hervorruft.

Ueber eine der v. Pirquet'schen ähnliche Impfung berichtet Benjamin (260), der der Pariser Académie de

medecine am 18. Febr. 1908 das Verfahren von Lignières in Buenos Aires mittheilte: dieses besteht darin, dass das Tuberkulin in die rasirte, nicht skarificirte Haut eingerieben wird. Benjamin zieht dabei zum Vergleiche ein ähnliches Verfahren von Lautier in Bordeaux heran, erwähnt aber das v. Pirquet'sche Verfahren, trotz der darüber 1907 reichlich angewachsenen Literatur mit keinem Worte. Es ist dieses um so erstaunlicher, als sogar die in Buenos Aires erscheinende Revue de la Soc. med. Argent. vom Juli—August 1907 die Arbeit von Naveiro (l. c.) enthält, der über seine Beobachtungen nach der v. Pirquet'schen Methode berichtet.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass Moscati (261) bei Zerstörungsprocessen (Cavernen) in den Lungen Glycogen im Auswurfe nachweisen konnte. Der Glycogengehalt des Sputum ist namentlich bei florider Phthise und gegen das Ende der Krankheit ein hoher; er ist somit diagnostisch und prognostisch zu verwerthen. (Schluss folgt.)

98. **Statistik der Tuberkulose;** von Haering u. Záhoř. (Časopis lékařu českých. p. 791. 1907.)

Von 1883—1906 wurden im lohnischen pathologisch-anatomischen Institute in Prag 22169 Leichen secirt; unter diesen waren 13225 = 59.8% tuberkulös. Im Jahre 1906 wurde mit besonderer Rücksicht auf die Tuberkulose sezirt. Unter 1099 Leichen waren 635 = 57.7% tuberkulös; in 311 Fällen war die Tuberkulose aktiv, in 324 obsolet; diese vertheilen sich auf 332 Kinder und 767 Erwachsene. Von der Gesammtzahl waren 6942 = 31.3% aktiv tuberkulös; bei 5722 davon = 82.4% war die Tuberkulose als Todesursache anzusehen. Das Original enthält Tabellen über das Vorkommen der Tuberkulose nach Lebensaltern, Organen, Geschlecht und nach dem primären Sitz der Krankheit und schliesst mit einer Bemerkung über Tuberkulose und Herzfehler. Von allen tuberkulösen Leichen waren mit Krankheiten der Cirkulationorgane behaftet 1920, und zwar mit Herzfehlern (Veränderungen an den Klappen, am Endokard, Herzmuskel) 601, mit Hypertrophie und Dilatation des Herzens (Nephritis, Alkoholismus, Hindernisse im kleinen Kreislauf) 1109 und mit Veränderungen der Gefässe (Arteriosklerose ohne Herzaffektion) 210. G. Mühlstein (Prag).

99. **De la tuberculose humaine congénitale;** par le Dr. Maurice Péhu et Joseph Chalier, Lyon. (Arch. de Méd. des Enf. p. 1. Janv.—Févr. 1908.)

P. und Ch. gelangen zu dem Schlusse, dass die angeborene menschliche Tuberkulose ausserordentlich selten ist. Es sind in der Literatur kaum 35 unbestreitbare Fälle vorhanden und es ist hieraus der Schluss zu ziehen, dass die Kinder der Tuberkulösen gesund zur Welt kommen und erst später, wahrscheinlich aus der inficirten Umgebung in der sie leben, den Keim der Krankheit in sich aufnehmen. Möglicher Weise haben Kinder tuberkulöser Eltern eine grössere Empfänglichkeit für die Krankheit, doch ist noch nicht festgestellt, worin diese angeborene Prädisposition besteht. Jedenfalls muss festgehalten werden, dass auch solche Kinder, falls man sie ferne von ihrer Familie aufzieht und ein entsprechendes hygieinisches Leben führen lässt, vollkommen gesund bleiben können. E. Toff (Braila).

100. **La tubercolosi ipertrofica del colon pelvico;** per il Dott. Luigi Vaccari. (Rif. med. XXIII. 5. p. 117. 1907.)

Es wurde eine hypertrophische Tuberkulose der Flexura sigmoidea beobachtet, die anfänglich ohne Stenosenerscheinungen verlaufen war, aber stets von Diarrhöen und Tenesmus begleitet wurde. Bei der Probelaparotomie erwies sich der Process als so ausgedehnt, dass im Interesse des Kranken von weiteren operativen Massnahmen abgesehen werden musste.

Fischer-Defoy (Kiel).

101. **Della cirrosi epatica di origine tubercolare nell' infanzia;** pel L. M. Spolverini. (Ril. med. XXIII. 20. p. 535. 1907.)

Es werden 2 Fälle von tuberkulöser Lebercirrhose bei Gjähr. Kindern beschrieben. Der 1. Fall mit sehr grosser Leber, deren Umfang nach Injektionen von Fibrolysin zurückging, ist diagnostisch nicht ganz einwandfrei, während in dem 2. Fall die Sektion und die mikroskopische Untersuchung die Diagnose bestätigten, obgleich ätiologisch eine adhäsive Perikarditis mit in Betracht kommen konnte. Fischer-Defoy (Kiel).

102. **Sur certaines formes de splénomégalie tuberculeuse;** par L. Ribadeau-Dumas, Paris. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. XXV. Août 1907.)

Schwellungen der Milz kommen oft im Verlaufe tuberkulöser Erkrankungen beim Kinde zur Beobachtung, können auch die ersten sichtbaren Erscheinungen der Krankheit sein. So giebt es Fälle, in denen ausser einer Milz- und Lymphdrüsenhypertrophie keinerlei tuberkulöse Erscheinungen bei der Sektion zu finden sind, man eine Pseudoleukämie annehmen möchte und erst die histologische Untersuchung über die wahre Natur der Krankheit Aufklärung bringt. Man findet eine allgemeine Hyperplasie aller die Milz bildenden Gewebe, eine starke Prolifération aller fixen und mobilen Milzzellen und ausserdem eine grosse Anzahl von Zellen mit Keimkernen. Ausserdem findet man mehr oder weniger zahlreiche tuberkulöse Knötchen, in denen auch Koch'sche Bacillen nachgewiesen werden können. E. Toff (Braila).

103. **Die Ophtalmoreaktion mit Tuberkulin;** von Dr. M. Câmpeanu. (Revista stiintzelor med. p. 297. Sept. 1907.)

C. hat in 9 Fällen die Ophthalmoreaktion mit Tuberkulin angewendet, und zwar bei 3 Patienten mit sicherer äusserer Tuberkulose, bei 2 Pat. mit chronischer pulmonaler Tuberkulose, bei 1 Pat. mit pleuro-pulmonaler Tuberkulose und bei 3 tuberkuloseverdächtigen Kr. Die Resultate waren die, dass 1 Pat. der ersten Gruppe nach 6 Stunden eine leichte Congestion der Conjunctiva darbot, die etwa 2 Stunden andauerte, ein anderer derselben Gruppe hatte eine überaus starke Conjunctivitis, die 48 Stunden andauerte, während bei den übrigen die Probe negativ ausfiel. Das angewendete Tuberkulin war das im Handel befindliche Tuberkulin-Test aus Lille. Es fragt sich nun, ob der negative Ausfall der Untersuchungen der Methode oder dem angewendeten Tuberkulin zuzuschreiben ist. E. Toff (Braila).

104. **Un nouveau mode de réaction de la peau à la tuberculine et son utilisation dans le diagnostic de la tuberculose;** par J. Lignières. (Acad. des Sciences, Paris, Séance du 28. Oct. 1907.)

Die Untersuchungen L.'s haben gezeigt, dass man bei Tuberkulösen eine specifische Hautreaktion durch Tuberkulin auch ohne Vornahme einer Skarifikation hervorrufen kann und, dass es hierzu genügend ist, wenn die intakte Haut mit Tuberkulin eingerieben wird, namentlich unmittelbar nach vorgenommenem Rasieren. Innerhalb 24 Stunden erscheint die Reaktion, doch muss man reines Tuberkulin und nicht mit Wasser vermischtes benützen.

Man kann diese „Cutireaktion“ öfters hintereinander und in kurzen Zeitintervallen hervorrufen, auch wird sie keineswegs beeinflusst, falls gleichzeitig auch eine Tuberkulininspritzung vorgenommen wird.

L. schlägt für die Reaktion bei intakter Haut die Bezeichnung Cutireaktion vor und möchte die v. Pirquet'sche Probe als Dermoreaktion bezeichnen. E. Toff (Braila).

105. **Lungenschwindsucht und Hautkrankheiten;** von Dr. S. Beck in Budapest. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLV. 3. p. 125. 1907.)

Während seiner mehrjährigen Thätigkeit am Königin Elisabeth-Sanatorium für Lungenkranke hat B. statistische Erhebungen angestellt über das Vorkommen von Hautkrankheiten bei Lungenleidenden. Aus den von ihm angeführten Tabellen geht hervor, dass die mit Lungentuberkulose Behafteten eine ausserordentliche Empfindlichkeit der Haut besitzen. Es zeigte sich dabei das interessante Ergebniss, dass die Haut lungenkranker Männer sowohl für parasitäre wie für physikalische und chemische Reize empfänglicher ist und zu nervösen Störungen grössere Neigung besitzt als die Haut lungenkranker Frauen. Weiter war das Vorkommen von Syphilis bei den Kranken relativ häufig. Es fanden sich bei den männlichen Kranken in 46 der Fälle verschiedene Formen von Syphilis.

J. Meyer (Lübeck).

106. **Des rélations entre les végétations adénoïdes et la tuberculose;** par les Drs. J. Roux et Roques, Cannes. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. Oct. 1907.)

R. und R. haben alle Kinder mit adenoiden Vegetationen auf Schwellungen der Cervikal- und Tracheo-Bronchialdrüsen untersucht und solche stets gefunden. Auf Grund der Erfahrungen anderer Autoren und ihrer eigenen Befunde gelangen sie zu dem Schlusse, dass die adenoiden Vegetationen die ersten Symptome einer tuberkulösen Invasion und die ersten Erscheinungen der Abwehr des Körpers darstellen. E. Toff (Braila).

107. **Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft;** von Prof. A. Kuttner in Berlin. (Verh. d. Deutschen Laryng. Ges. p. 29. 1908.)

K. empfiehlt bei universeller Laryngitis tuberculosa der Schwangeren den künstlichen Abort unbedingt, da auf Grund seiner Statistik über 216 Frauen rund 200 nach der Entbindung oder während dieser starben. Durch den künstlichen Abort oder die künstliche Frühgeburt werden die meisten Frauen gerettet; von 13 blieben 10 am Leben. Hochheim (Halle a. d. S.).

108. **Ueber Deviationen des Larynx und der Trachea, speciell über Schrägstand der Stimmritze bei Lungentuberkulose;** von Dr. Gustav Baer. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 9. 1908.)

B. fand unter den Kranken des Turban'schen Sanatorium in Davos bei 27% Schrägstand der Stimmritze in Folge von Verziehung durch Schrumpfung. Verziehungen der Luftröhre sind wesentlich seltener. Dippe.

109. **Bronchoskopie und bronchoskopische Behandlung von Bronchialasthma;** von Dr. Franz Nowotny in Krakau. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLI. 12. p. 697. 1907.)

N. machte in 3 Fällen von Asthma bronchiale die zufällige Beobachtung, dass die Bronchoskopie unter Cocain-Adrenalin-Anästhesie Erleichterungen von Monate langer Dauer brachte. In Folge des Einführens des Bronchoskops kam es in jedem Falle zu einer abundanten Expektoration, wie sie bisher noch kein anderes Mittel hervorbringen konnte. Durch das Bronchoskop beobachtete N. starke Schwellung und Hyperämie der Bronchialschleimhaut bis in die Bronchialstämme 2. Grades und vermuthet, dass dieser Zustand auch in den kleinsten Bronchiolen bestand.

N. hält das Bronchialasthma für ein nervöses reflectorisches Leiden, dessen Auftreten an eine krankhafte Reizbarkeit der centralen Organe im Sinne der Prädisposition gebunden sei. Er räth in Fällen von Asthma, die anderen Mitteln widerstehen, die Bronchoskopie mit Cocain-Adrenalin zu versuchen. Hochheim (Halle a. d. S.).

110. **Ein Fall von spontaner luetischer Trachealfistel;** von Dr. Mieczyslaw Gnnz in Warschau. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLI. 12. p. 721. 1907.)

Bei dem Kr. entstand 10 Jahre post infectionem in der Interclavicularlinie in der Nähe des linken Schlüsselbeines eine Fistel. Beim Husten entleerte sich durch die Oeffnung Sekret und die Exspirationluft strich mit grosser Gewalt hindurch. Aus der Therapie (Jodkalium), der Abwesenheit von Tuberkelbacillen und der schnell erfolgenden Heilung stellte G. die Diagnose: luetische Fistel.

Hochheim (Halle a. d. S.).

111. **Ueber Opsonine und Opsoninbehandlung gewisser Hautkrankheiten;** von A. Winkelried Williams und F. G. Bushnell. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 3. 4. 5. 1908.)

Eine ausführliche Besprechung der Technik und Literatur und der gute Rath an alle diejenigen, die nicht über unbeschränkte Geduld verfügen, von dieser Methode abzusehen. W. und B. schliessen mit einem Citat nach Godlee: „Wenn man also den Werth dieses Princips auch voll und ganz anerkennt, so empfindet man vor allem das Sehnen, dass es möglich sein möge, eine einfachere und von Fehlerquellen freiere und für den Beobachter weniger mühselige Methode zu entdecken, damit dieses Gebiet mehr als bisher der Fall zu sein scheint, Gegenstand der praktischen Politik werde.“

Brauns (Dessau).

112. **Die Nebennierenpräparate als diagnostische Hülfsmittel in der Dermatologie;** von Dr. Ferdinand Winkler. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 3. 1908.)

Durch Auflegen eines mit Adrenalin (Park, Davis u. Co.) oder Suprarenin. hydrochl. (Meister, Lucius u. Brüning) oder Suprarenin. synthetic. (letzteres weniger wirksam) getränkten Wattebausches auf normale Haut ist ein weisser Fleck zu erzielen. W. empfiehlt, diese Methode neben Glasdruck zu diagnostischen Zwecken anzuwenden.

Lupusknötchen erscheinen bräunlichgelb, Syphilide graugelb bis gelblich. Bei Lup. erythemat. bleibt die Haut roth, während Lup. pernio, Eryth. multif. und nodos. der Beeinflussung unterliegen, bei letzterem lassen sich sogar geringfügige Zelleninfiltrate feststellen. Radiumerytheme verschwinden, bez. treten gar nicht erst auf. Urticariaquaddeln werden blass, und das Juckgefühl hört ganz auf oder lässt zum wenigsten wesentlich nach. Roseolen bei Typhus und akutem Gelenkrheumatismus verschwinden vollständig, während luetische Roseola in graue Färbung übergeht. Auch entzündliche Follikel, Lichen pilaris ruber und Psoriasis blassen ab, bei letzterer erscheint die blutlose Papel in Folge der verdickten Stachelschicht gelb. Beim seborrhoischen Ekzem wird aus der rosenrothen Farbe eine gelbliche; und bei allen Ekzemen erscheinen die Knötchen gelblich, während bei Lichen urticatus die blassen Knötchen sich von anscheinend normaler Haut erheben. Bei Herpes zoster verschwindet der rothe Hof nicht vollständig, Prurigo wird nicht beeinflusst. Bei Rosacea schwindet die capillare Hyperämie vollständig, dann schwinden auch die venösen an der Nasalfurche senkrecht aufsteigenden Gefässverzweigungen; bei Erweiterung der tiefen Hautgefässe aber ist nur sehr geringer Einfluss zu beobachten.

W. hält diese Methode für sehr angebracht bei Behandlung der Lupusknötchen nach Unna's Spickmethode oder mit dem Thermokauter.

Brauns (Dessau).

113. **Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Bier'scher Stauung;** von Dr. Moritz in Oppenheim. (Wien. med. Presse XLVIII. 19. 1907.)

Die Stauungbehandlung nach Bier leistet gute Dienste bei allen akuten eitrigen Infektionen der Haut, wie Furunkeln, Abscessen u. s. w., bei entzündeten und vereiterten Lymphdrüsen; wärmstens kann sie empfohlen werden zur Behandlung der Arthritis gonorrhoica und der Ulcera gummosa cruris. Letztere reinigen sich unter Stauung, während rein variköse Ulcera keine Veränderung zeigen, was für die Differentialdiagnose werthvoll ist. Bei Epididymitis schwindet der Schmerz schnell, doch besteht die Gefahr, dass durch retroperistaltische Bewegungen Rückfall eintritt, bez. der Hode der anderen Seite ebenfalls befallen wird. Für die Hodentuberkulose will M. ein abschliessendes Urtheil noch nicht fällen. Auf normalen Hautstellen blieb nach Saugbehandlung Pigmentirung zurück.

Brauns (Dessau).

114. **Die bisherigen Erfahrungen mit der Quarzlampe;** von Prof. Kromayer. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 1. 1908.)

Aus einer Kritik der bisher erschienenen Arbeiten über die Wirkung seiner Quarzlampe kommt K. dazu, seine früher gemachten Angaben, dass die therapeutisch ausgenützte Lichtenergie die der Finsenapparate an Tiefenwirkung um das Doppelte bis Dreifache übertreffe, aufrecht zu erhalten. Für schwer zugängliche Haut- und Schleimhautstellen sind von der Quarzlampengesellschaft Berlin-Pankow verschieden gestaltete kleinere, durch Wasserspülung gekühlte Compressorien hergestellt worden. Indikation: Vor allem Teleangiektasien (Naevus vasculosus, Rosacea), ferner Acne vulgaris, Furunkulosis, Folliculitis barbae, Folliculitis decalvans capitis, Ekzem, Psoriasis, Alopecia pityrodes und areata, Ulcera cruris, Cancroid, Psoriasis linguae, hypertrophische Narben, Prurigo, Pruritus, Vitiligo, Pigmentationen, Lupus erythomatodes. Betreffs der Wirksamkeit bei Lupus sind einige Aerzte zwar der Ansicht, dass die Tiefenwirkung nicht genüge, doch meint K., dass in diesen Fällen die Belichtungzeit (10 Min.) zu kurz gewesen sei. Als erneuten Beweis dafür, dass die Quarzlampe grössere Tiefenwirkung als Finsenlicht hat, führt er in einer Nachschrift noch an, dass letzteres den Ohrknorpel beim Kaninchen wenig oder gar nicht beeinflusste, während das Licht der Quarzlampe Nekrotisirung und eine enorme Regeneration des Knorpels zur Folge hatte, wie Pürckhauer berichtet habe.

Brauns (Dessau).

115. **Zur Behandlung des Lupus vulgaris mit der Kromayer'schen Quarzlampe;** von Dr. H. E. Schmidt. (Dermatol. Ztschr. XV. 4. p. 220. 1908.)

Nach Sch. lässt sich ein grosser Theil des lupösen Gewebes durch die Quarzlampe zur Resorption bringen, leider aber versagt sie dann, wenn nur noch einzelne in der Haut gelegene Knötchen vorhanden sind. Oft beachtet man trotz Einschiebung einer blauen Scheibe aus Schott'schem Ultraviolettglas Nekrosen im Bereiche der lupösen Haut. Die Finsenbehandlung ist weit überlegen, höchstens soll eine Vorbehandlung mit der Quarzlampe in Betracht kommen. Für Gesichtslupus ist dieses aber nicht empfehlenswerth, weil dadurch der kosmetische Effekt beeinträchtigt wird, auch Narbengewebe ein Hinderniss für die Tiefenwirkung des Lichtes abgiebt. Für Lupus der bedeckt getragenen Körpertheile zieht Sch. die Pyrogallussalbe vor.

Brauns (Dessau).

116. **Ueber die Behandlung von Lupus vulgaris und anderen Dermatosen mittels der statischen Elektricität nach Suchler;** von

Prof. Jesionek. (Ann. d. städt. allg. Krankenh. in München XII. p. 204. 1900—1902. J. F. Lehmann. 1907.)

Die Heilkraft der statischen Elektricität sieht J. nicht in der Aetzwirkung der aus der Elektrode bei grosser Körpernähe übergehenden Funkenbüschel, sondern vielmehr in dem blaue bis ultraviolette Strahlen führenden Lichtkegel, der bei etwas grösserer Entfernung von der zu behandelnden Stelle zur Wirkung gelangt. Dieses Licht ist so zu verwenden, wie es sich darstellt; es ist nicht nöthig, schädliche Nebenstrahlungen zu entfernen; auch die Anämisirung ist nicht nothwendig. „Kurzum, die Anwendung dieser Lichtquelle gestaltet sich sehr einfach — vorausgesetzt, dass die das Licht liefernde Elektrisirmaschine gut funktionirt.“ Diese Garantie hat man freilich bis jetzt nicht; gelingt es aber das zu erreichen, dann ist nach J.'s Ansicht ein gewaltiger Fortschritt in der Lichttherapie zu verzeichnen: denn die vom statischen Strome gelieferte Energie vermag bei der Behandlung von Dermatosen glänzende Resultate zu geben.

Bei Lupus vulgaris wird das tuberkulöse Gewebe in der nämlichen Weise zur Involution gebracht, wie durch Finsen-Licht. Bei Lupus maculosus, Lupus exfoliativus, Lupus tumidus konnte sich J. nur wundern über die Schnelligkeit, mit der die reaktiven Vorgänge am Krankheitherde schönes gesundes Narbengewebe erzeugten. Bei den exulcerirten Formen trat rasch Reinigung und Elimination aller Eiterherde ein. Auch bei Lupus erythematodes waren ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen, Cancroide (Ulc. rod.) heilten desgleichen ab.

Braun s (Dessau).

117. **Nutzbarmachung des elektrischen Stromes für die Behandlung des Lupus;** von Dr. A. Philippson. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXIV. 1—4. p. 479. 1907.)

Ph. verwendet den galvanischen Strom zur Behandlung des Lupus. Als Elektroden dienen kreisförmige Aluminiumplatten, die mit 1proc. Styracinspiritus angefeuchtet werden. Die Dauer jeder Sitzung ist 15 Minuten. Die Stromstärke ist bei grösseren Platten von 3—4 cm Durchmesser 10 M.-A., bei kleineren von 1.70 cm Durchmesser 4 M.-A. Die Häufigkeit der Sitzungen richtet sich nach der Reaktion. Als Nachbehandlung dient ein mehrfaches tägliches Waschen mit 1proc. Salicylspiritus. Ph. beschreibt zwei der Heilung nahe gebrachte Kr. Das Verfahren zeichnet sich durch Einfachheit der Apparate, Kürze der Sitzungen, Geringfügigkeit der Kosten und die vollkommene Ungefährlichkeit aus.

J. Meyer (Lübeck).

118. **Ueber Lupus erythematodes im Kindesalter;** von Dr. Galewsky. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXIV. 1—3. p. 193. 1907.)

Der Lupus erythematodes kommt im Kindesalter häufiger vor, als man bisher angenommen hat. In der Literatur finden sich 17 Kr. im Alter von 1—10 Jahren und 14 im Alter von 10—16 Jahren. G. beschreibt einen Fall bei einem 11½jähr. Mädchen, bei dem die Erkrankung zwischen dem 5. und 6. Jahre begann.

J. Meyer (Lübeck).

119. **Association de lupus erythemateux et de lupus tuberculeux;** par le Dr. L. Spitzer. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VIII. 3. p. 189. Mars 1907.)

Ein 37jähr. Mann hatte auf der linken Wange einen Lupus vulgaris, auf der rechten Wange und unterhalb des rechten Auges einen Lupus erythematosus. Alle 3 Herde wurden chirurgisch entfernt. Bei dem Lupus erythematosus trat ein Recidiv ein.

J. Meyer (Lübeck).

120. **Ueber Lupus pernio;** von Prof. Klingmüller. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXIV. 1—3. p. 323. 1907.)

Kl. kann nach seinen Untersuchungen den Lupus pernio nicht für eine echte Hauttuberkulose ansehen. Von den 3 dazu nöthigen Forderungen Nachweis von Bacillen, positiver Ausfall von Thierexperimenten und örtliche Reaktion auf Alttuberkulin, war nur die letztere, und zwar auch unzulänglich erfüllt. Es war in dem Falle zweifelhaft, ob eine Mischung von Lupus pernio und Lupus vulgaris vorlag.

J. Meyer (Lübeck).

121. **Ueber einen Spirochaetenbefund bei einer frambroesiformen (tuberkulösen) Hauterkrankung;** von Dr. W. Pick. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXV. 1—3. p. 3. 1907.)

Bei einer 68jähr. Frau fand sich eine zur Narbenbildung führende, in ihrem Gesammtverlaufe chronische Entzündung, die ganz lokalisirt an einem Arme auftrat und deutlich die Tendenz zeigte, im Centrum abzuheilen und an der Peripherie mit der Bildung neuer, in ihrem Ablaufe akuter Efflorescenzen weiterzuschreiten. Klinisch boten die Exkrescenzen das Bild der Tuberculosis frambosiformis. Mikroskopisch fanden sich im Corium kleine Abscesse und Entzündungsherde, in denen Spirochaeten nachgewiesen werden konnten. Es wäre also möglich, dass die Tuberkulose hier nur das Terrain vorbereitet hätte, auf dem dann die Spirochaeten einen günstigen Nährboden fanden.

J. Meyer (Lübeck).

122. **Ueber die Atrophia maculosa cutis;** von Dr. Karl Vignolo-Lutati. (Mon.-Schr. f. prakt. Dermatol. XLV. 7. 8. 1907.)

Zwei eigene Beobachtungen dieser einigermaassen seltenen Hautaffektion, eine mit mikroskopischer Untersuchung, geben V.-L. Veranlassung, die aus der Literatur bekannten einzelnen Fälle einer kritischen Besprechung zu unterziehen, mit dem Resultate, dass diese mit mässiger entzündlicher Infiltration und Atrophie der elastischen Fasern einhergehende Dermatose nicht als selbständige Krankheit aufzufassen ist. Das Krankheitbild besteht in circumscripten, langsam nur sich etwas vergrössernden Flecken, deren Haut stark verdünnt und leise gefältelt ist, bisweilen fein abschuppt und anfangs auch mässig geröthet erscheint, während sie später weisslich wie Narben oder Striae atrophicae schimmert, je nach dem Stadium, in dem die Beobachtung stattfindet. V.-L. glaubt den Ausgang der entzündlichen Erscheinungen in Atrophie auf Syphilis- und Tuberkulose-Toxine, sowie autotoxische Vorgänge in der Cutis zurückführen zu dürfen. Thatsache ist, dass die beobachteten Kran-

ken zum Theile tuberkulöse Affektionen hatten, dass einige dieser Fälle als atypische Fälle von Lupus erythematod. angesehen worden sind, der ja von Vielen zu den Tuberkuliden gezählt wird. Auch Lichen ruber atrophicus kann ähnliche Euderscheinungen bieten. Die idiopathischen Hautatrophien unterscheiden sich durch starke entzündliche Zelleninfiltration wesentlich von dem in Rede stehenden Krankheitbilde. Brauns (Dessau).

123. **Ueber Syphilis;** von Dr. Boehme in Leipzig.

I. Bakteriologie der Syphilis.

1) *Beitrag zur Bakteriologie der congenitalen Syphilis;* von Bab. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 16. 1907.)

2) *Ueber den Werth der Dunkelfeldbeleuchtung für die klinische Diagnose der Syphilis;* von Beer. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 39. 1907.)

3) *Zur Kritik der Silberspirochaete;* von Beitzke. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 4. p. 369. 1907.)

4) *Ueber die Transmission der Syphilis auf das Kaninchen;* von Bortarelli. 2. Bericht. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 3. p. 238. 1907.)

5) *Das Virus der Hornhautsyphilis des Kaninchens und die Empfänglichkeit der unteren Affenarten und der Meerschweinchen für dasselbe;* von Bertarelli. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 5. p. 448. 1907.)

6) *Ueber die Empfänglichkeit der Fleischfresser (Hund) und der Wiederkäuer für experimentelle Syphilis;* von Bortarelli. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 8. p. 790. 1907.)

7) *Die Spirochaete pallida und ihre Bedeutung für den syphilitischen Krankheitsprocess;* von Blaschko. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 12. 1907.)

8) *Serum diagnosis of syphilis;* by Butler. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXIV. 22. p. 1018. 1907.)

9) *Ueber den Nachweis von specifischen Syphilisantisubstanzen und deren Antigenen bei Luetikern;* von Detre. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 21. 1906.)

10) *Die Phagocytose und die Degenerationsformen der Spirochaete pallida im Primäraffekt und Lymphstrang;* von Ehrmann. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 27. 1906.)

11) *Die neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der Syphilidologie;* von Finger. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 1. 1908.)

12) *Ueber die Beziehungen der Spirochaete pallida zu der antiluetischen Kur;* von Fürész. (Med. Klinik III. 35. p. 1045. 1907.)

13) *Die Spirochaete pallida und der Cytorrhyctes luis;* von Janeke. (Therap. Monatsh. XXII. 2. p. 79. 1908.)

14) *Zur Frage der Complementbindungsreaktionen bei Syphilis;* von Landsteiner, Müller u. Pötzl. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 50. 1907.)

15) *Zur Kenntniss der Spirochaete pallida im syphilitischen Gewebe;* von Lipschütz. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 37. 1906.)

16) *Die Wassermann'sche Syphilisreaktion;* von Michaelis. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 35. 1907.)

17) *Untersuchungen über Spirochaeta pallida und einige andere Spirochaetenarten, insbesondere in Schnitten;* von Mühlens. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 6. 7. p. 586. 674. 1907.)

18) *Bemerkungen zu Dr. Janeke: Die Spirochaeta pallida und der Cytorrhyctes luis;* von Noeggerath. (Therap. Monatsh. XXII. 2. p. 89. 1908.)

19) *Ueber den jetzigen Stand der Syphilisforschung;* von Pinkus. (Beih. z. Med. Klinik III. 8. 1907.)

20) *Weitere Mittheilungen über die Erkrankung der grossen Gefässe bei congenitaler Lues;* von Rach u. Wiesner. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 18. 1907.)

21) *Kritische Betrachtungen über die sogenannte Syphilisspirochaete. I. Die „Silberspirochaete";* von Saling. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 1. 3. 4. p. 70. 233. 362. 1907.)

22) *Erwiderung auf den vorstehenden [Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 3. p. 222] Artikel des Herrn Walff betreffend die „Spirochaeten"-Frage;* von Saling. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 3. p. 229. 1907.)

23) *Ueber die protozoischen Parasiten bei Syphilis;* von Schüller. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 8. p. 794. 1907.)

24) *Experimentelle Studien über Syphilis. I. Impfsyphilis der Affen;* von Siegel. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 5. 6. p. 456. 569. 1907.)

25) *Die Färbung der Spirochaete pallida im Schnittpräparate nach Giemsa;* von Schmorl. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 22. 1907.)

26) *The demonstration of spirochaeta pallida in lesions of aquired syphilis;* by Uhle and Mackinney. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. IX. 8. p. 195. 1906.)

27) *Eine Entgegnung auf die Pallida-Kritik von Herrn Saling;* von Wolff. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 3. p. 223. 1907.)

28) *Nochmals zur Pallida-Kritik des Herrn Saling;* von Wolff. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 8. p. 803. 1907.)

Einen, bemerkenswerthen Fortschritt in der Technik der *Spirochaetendarstellung* bedeutet die Entdeckung Schmorl's (25), dem die Färbung der Spirochaeten im Schnittpräparate mit Giemsa-Lösung geglückt ist, besonders auch deshalb, weil hierdurch einer der Einwände der „Spirochaetengegner" entkräftet wird (vgl. Schmidt's Jahrbb. CCLCVII. p. 77). Schm. hat zunächst durch Vorversuche festgestellt, dass die bisherigen Misserfolge auf Ueberfärbung der Gewebe, die die zarten Spirochaeten verdeckten, beruhten. Er differenzirte daher die *nur* in Formalin fixirten Gefrierschnitte nach der Färbung mit Giemsa-Lösung mittels concentrirter wässeriger Kaliumalaunlösung. Es gelang ihm auf diese Weise in 2 Fällen von hereditärer Lues der Spirochaetennachweis in den Organschnitten.

Beer (2) beschreibt einen Apparat für die Dunkelfeldbeleuchtung, der sich ihm und Prof. Hoffmann in Berlin bei der Aufsuchung der lebenden Spirochaeten gut bewährt hat und der nach Siedentopf's Angaben von *Zeiss* hergestellt wird. Er bietet vor den ähnlichen Apparaten den Vortheil, dass er die Benutzung von Immersionssystemen zulässt. B. konnte bei drei hereditärluetischen Kindern Spirochaeten im Blute nachweisen, deren Menge unter dem Einflusse der Behandlung deutlich abnahm.

Wie sehr man bestrebt ist, die Frage, ob der Spirochaete pallida eine ätiologische Bedeutung für die Lues beizumessen ist, ihrer endgültigen Klärung zuzuführen, beweisen die noch allerseits eifrig auf diesem Gebiete fortgesetzten Arbeiten. Die Mehrzahl der Autoren ist jetzt dahin gelangt, diese Frage zu bejahen, aber auch Diejenigen, die anderer Meinung sind, sind immer wieder bemüht, ihrer Ansicht durch neue Argumente und Ausführungen Geltung zu verschaffen. Von den aufgeführten Autoren gehören Saling, Janke und Schüller der Gruppe der Spirochaetengegner an.

Saling (21) erläutert nochmals ausführlich seinen Standpunkt in der Spirochaetenfrage und beschäftigt sich ganz besonders mit der „Silberspirochaete", die er nach wie vor als feinste Gewebefäserchen (Nervenendfibrillen, Bindegewebe-, elastische Fasern u. s. w.) bezeichnet, für deren Darstellung durch die Silberimprägnation-Methode die vorausgegangene Maceration von wesentlicher Bedeutung ist. Er fordert zum Beweise der parasitären Natur dieser Gebilde die vollständige Darstellung der Nervenplexus neben den Spirochaeten im Präparate. Er reproducirt Abbildungen von Nervenfibrillen aus den Werken von Apáthi und Cuccati und weist auf den auffallenden Widerspruch hin, dass Ausstriche von Organen luetischer Föten die „Giemsa-Spirochaete", die er einen *ganz harmlosen Saprophyten* nennt, nur spärlich, die Organschnitte selbst aber die „Silberspirochaete" in grossen Mengen enthalten. Auch die Beschreibung der Form der Spirochaete selbst weist in den verschiedenen Arbeiten noch grosse Differenzen auf; die von Bertarelli in der Kaninchencornea dargestellten Spirochaeten gelten ihm ganz besonders als Nervenfibrillen wegen ihrer Feinheit und symmetrischen rechtwinkeligen Lage. Dann geht er auf die Spirochaetenbefunde *im* Lumen der Gefässe ein und erklärt sie in verschiedener Weise: Erstens liegen die Spirochaeten *nur scheinbar* im Lumen und sind in Wirklichkeit Nervenfibrillen der Gefässwand, oder es handelt sich um den fibrillären Randstreifen der rothen Blutkörperchen, oder um spiralige Fibrinfäden oder die Zerstörung durch die Maceration ist so erheblich, dass von einem deutlichen Gefässlumen keine Rede mehr sein kann. Als Schlussfolgerung seiner Ueberzeugung muss er natürlich auch vor der diagnostischen Verwendung der Spirochaetenbefunde warnen.

An die ersten Pallida-Arbeiten Saling's (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLI u. XLII. 1906) hat sich eine Polemik zwischen ihm (22) und Wolff (27. 28) geknüpft, wobei der Letztere energisch die Schaudinn'schen Ansichten über die Spirochaete pallida verficht, nämlich dass in ihr der Lueserreger entdeckt sei, und dass sie als zu den Protozoen gehörig anzusehen sei. Beide Autoren fordern voneinander weitere Beweise ihrer Behauptungen, sonst enthalten die Arbeiten viel Persönliches!

Ebenfalls eine Erwiderung auf Saling's (21) Arbeiten enthält der Artikel von Beitzke (3): B. sucht, gestützt auf seine Untersuchungen, ganz besonders die Argumente Saling's, die dieser aus den verschiedenen Befunden in Ausstrichen und Schnitten von Organen hereditär-luetischer Kinder und der regelmässigen Spirochaetenanordnung in der Cornea folgert, und die Ausführungen bezüglich der Lagerung der Spirochaeten im Lumen der Gefässe zu widerlegen und verwahrt sich gegen Saling's Angriffe auf die Zuverlässigkeit seiner Untersuchungsresultate.

Zu denjenigen, die den Werth der Schaudinn'schen Entdeckung anzweifeln, gehört auch Schüller (23). Für ihn kann aus dem regelmässigen Vorkommen der Spirochaeten in den syphilitischen Krankheitprodukten noch nicht auf den ätiologischen Zusammenhang geschlossen werden, die Resultate der Impfungen können ihm nichts besagen, da die Spirochaete als „Mitläufer" des eigentlichen Syphiliserregers mit überimpft wird. Seiner Ansicht nach, wie auch nach der Koch's u. A., gehört die Spirochaete palbda ebenso wie die anderen Spirochaeten, nicht zu den protozoischen, sondern zu den pflanzlichen Parasiten. Sch. vermisst ferner „greifbare Beziehungen" der Pallida zu *allen* luetischen Gewebeveränderungen. Er selbst hat dagegen pretozoische zu den Sporozoën gehörende Parasitenformen entdecken können, die in *allen* Stadien der Lues in ihren verschiedenen Entwickelungsphasen vorhanden waren. In Primäraffekten fanden sie sich in unmittelbarer Nähe der Infektionstelle als grössere oder kleinere Sporen mit doppelt conturirter Hülle und mit kleinen Innenkörpern. In den Culturen zeigten diese Sporen nach Zerfall der Gewebe Bewegungen, die Innenkörper traten nach dem Platzen der Hülle heraus. Sch. bringt eine Anzahl Mikrophotogramme, in denen diese Gebilde bei 2500facher Vergrösserung in Schankern, Lebergummi und Culturen dargestellt sind. Auch bei der Uebertragung auf Thiere fand er die gleichen Parasiten, er ist der Ansicht, dass die Uebertragung der Lues an diese Parasiten gebunden ist. Ihre Entwickelung gehe durch einfache Theilungsvermehrung und durch geschlechtliche Vermehrung vor sich.

Auch Jaucke (13) ist der Ansicht, dass die Spirochaete pallida nicht der Erreger der Lues, sondern ein „harmloser Schmarotzer" sei, der *häufig*, aber *nicht immer* bei Lues vorkomme. Beweisend hierfür ist ihm vor Allem die Verschiedenheit zwischen Giemsa- und Silberspirochaete, die nach seiner Ansicht auch die Schmorl'sche Färbung (25) noch nicht beseitigen konnte, da sie bisher in nur wenigen Fällen angewandt wurde. Zum Beweise dafür aber, dass es sich nicht um einen Saprophyten handelt, seien vor Allem Befunde in Organen zu fordern, die der Invasion nicht ohne Weiteres ausgesetzt sind, z. B. der Placenta und dem Blute *sonst gesunder* Individuen. Diese seien aber bisher spärlich und unsicher. Ferner führt J. als weitere Unterstützung seiner Ansicht an, dass die von Schaudinn behuptete Zugehörigkeit der Spirochaete pallida zu den Protozoen, zu denen der Erreger der Lues nach der allgemein getheilten Annahme wegen der Aehnlichkeit der Syphilis mit anderen Protozoënkrankheiten, z. B. der Dourine der Pferde, zu rechnen sei, durch die Untersuchungen der Gebrüder Sergent widerlegt sei, denn diese hätten die die Schaudinn'schen Theorien stutzenden Beziehungen (Generation- und Wirthswechsel) zwischen der Spirochaete Ziemanni im Mückendarme und dem Leukocytozoon im Eulenblute nicht bestätigen können. Auch die Folgerung, der Spirochaete pallida, wenn auch nicht eine ätiologische Bedeutung, so doch wenigstens einen hohen diagnostischen Werth wegen ihres *constanten* Vorkommens in luetischen Manifestationen beizumessen, sei nicht angängig, da diese Thatsache nach der bisherigen Literatur nicht vorhanden sei. Dann kommt J. auf den Cytorrhyetes luis zu sprechen. Dass dieser zu den Protozoen gehöre, sei sicher, zu welcher Klasse allerdings, bedürfe noch der weiteren Erforschung, die aber wegen der Kleinheit dieser Gebilde zur Zeit sehr erschwert sei. Morphologisch seien es Einzelindividuen von ovaler Gestalt mit einer 5 μ langen Geisel, die aber wegen ihrer Kleinheit (2 μ) diagnostisch nicht zu verwerthen seien und erst als mindestens vierkernige Vermehrungs-, bez. Agglomerationformen deutlich und charakteristisch würden. J. beschreibt ausführlich seine eigenen Untersuchungen und Darstellungsmethoden und kommt zu dem Schlusse, dass der Cytorrhyetes luis als der Erreger der Syphilis anzusehen sei, da er sich stets in allen Produkten der Lues, und zwar nach Maassgabe ihrer Infektiosität fände, ferner da er sich unter Ausschluss bakterieller Verunreinigungen weiterzüchten lasse, während er 6—8 Stunden nach der Excision der Gewebe oder nach dem Tode des Kr. und vor Allem auch bei der ungeheueren Zahl von Controluntersuchungen *nicht* aufzufinden sei.

Zu dieser Arbeit Jancke's bringt Noeggerath (18) einige Erwiderungen und Richtigstellungen, aus denen hervorzuheben ist, dass die bisherigen Untersuchungen sehr wohl das Vorhandensein der Spirochaeten in allen luetischen Erscheinungen bewiesen haben, dass bei den von Saling reproducirten Figuren die Aehnlichkeit zwischen den Spirochaeten und den Nervenfibrillen nur scheinbar sei, da die Verschiedenheit der Vergrösserung ganz unberücksichtigt gelassen worden sei, dass fernor die Befunde der Gebrüder Sergent zum Theil falsch von Jancke angeführt worden seien, die Protozoënnatur der Spirochaeten also keineswegs widerlegt sei. Den Cytorrhyctes luis bezeichnet N., mit Mühlens und Hartmann, als „Zerfallsprodukte von Körperzellen, namentlich von rothen Blutkörperchen".

Auch Blaschko (7) widerlegt eingehend durch Vorführung seiner eigenen Untersuchungen (in der Berliner medicinischen Gesellschaft) die Einwände der Spirochaetengegner. Die Levaditi-Methode sei vorzüglich

geeignet zur Färbung von Mikroorganismen aller Art, dagegen liessen sich marklose Nervenfasern damit nicht darstellen, und markhaltige mit Spirochaeten zu verwechseln, sei wegen deren Dicke und Verlauf völlig unmöglich. Auch die Annahme, dass durch Nekrose oder Maceration im syphilitischen Gewebe spirochaetenähnliche Veränderungen und Niederschläge entständen (Schulze), entkräfteten seine zahlreichen positiven Befunde in frisch excidirten Sklerosen, wobei die ulcerirten Partien meist ganz frei von Spirochaeten waren, während sich in der Tiefe des Infiltrates, meist innerhalb der Lymphgefässe, stets eine Stelle mit reichlicher Spirochaetenanhäufung befand, so dass zahlreiche Schnitte ganz frei von ihnen gefunden wurden. Die Verbreitung der Spirochaeten gehe also anfangs mittels Eigenbewegung durch die Gewebelücken, dann durch den Lymph- und Blutstrom vor sich.

Ebenfalls mit der Darstellung der Spirochaeten im syphilitischen Gewebe, als Sklerosen, Lymphsträngen und Drüsen, genitalen Papeln und Exanthemefflorescenzen haben sich Ehrmann (10) und Lipschütz (15) beschäftigt. E. fand in Sklerosen die Spirochaeten sowohl in dem die erodirte Partie umgebenden Epithelsaum, als auch in den gewucherten Epithelleisten der Umgebung, untermischt mit vielkernigen Leukocyten. In dem unmittelbar unter dieser Partie liegenden Infiltrate waren die Spirochaeten spärlich, doch regelmässig im Lumen und in der Umgebung der Lymphgefässe vorhanden, während die Blutgefässe an dieser Stelle ganz vereinzelt Spirochaeten aufwiesen und erst weiter entfernt von dem erodirten Theile reichlicher von ihnen umlagert waren. Im Lumen der Capillaren und der kleinsten venösen Gefässe fanden sie sich in geringer Anzahl, gar nicht aber in den Arterien, so dass E. den Eindruck gewann, dass die Blutgefässe dem Eindringen der Parasiten einen Widerstand entgegensetzten. In den vom Massiv der Sklerose noch weiter entfernten, noch nicht infiltrirten Gewebepartien fanden sich bereits Spirochaeten vor, die als dichter Filz die jungen Capillaren umlagerten. E. schreibt ihnen daher eine chemotaktische Wirkung auf die weissen Blutkörperchen zu, deren Durchtritt durch die Gefässwand in den Präparaten sehr schön zu beobachten war. Dieselbe Wirkung üben sie auch auf die Capillarwand selbst aus, da in den nicht infiltrirten Partien die Sprossung der Capillaren sich ebenfalls deutlich feststellen liess. In dem sonst ganz unveränderten fibrillären Bindegewebe fanden sich in den Bindegewebezellen eingedrungene Spirochaeten, die an dem innerhalb der Zellen liegenden Theile ihres Körpers deutliche Degenerationserscheinungen aufwiesen, dieselben Erscheinungen wiesen auch andere Stellen auf, an denen die Spirochaeten in Leukocyten oder, innerhalb der Lymphgefässe, in Lymphocyten vorgefunden wurden, nicht dagegen in Blutgefässen. Lipschütz vervollständigt diese Befunde Ehrmann's durch ausführliche Mittheilungen eigener klinischer und histologischer Untersuchungen, wobei auch er die phagocytäre Einwirkung der Bindegewebezellen und Leukocyten auf die Spirochaeten hervorhebt.

Uhle und Mackinney (26) untersuchten verschiedene specifische Efflorescenzen nach der Levaditi-Methode bei 24 Patienten und fanden in 14 Fällen Spirochaeten; bei 10, allerdings zum Theil schon mehr oder weniger lange merkuriell behandelten Kranken, ferner auch in Psoriasis- und Varicellenerupticnen, in Schnitten von normaler und von Scabieshaut gelang der Nachweis nicht.

Auch Mühlens (17) theilt die Resultate seiner Untersuchungen mit, für deren regelmässigen und sicheren Ausfall er genügende Uebung und sorgfältige Technik verantwortlich macht. Er konnte nämlich in Ausstrichen von Schankern *stets* die Spirochaete pallida nachweisen, ebenfalls gelang stets der gleichzeitige Nachweis der Spirochaeten in Ausstrichen und versilberten Schnitten von Organen syphilitischer, meist *nicht* macerirter Föten, und zwar in durchaus proportionalen Mengen den Vergleichspräparaten gegenüber. In 18 Fällen stimmten die Befunde auch mit den Resultaten überein, die die biologische Reaktion der Organextrakte ergab. Dass es sich in den Levaditi-Präparaten wirklich um Spirochaeten und nicht um andere Gebilde handelt, erscheint nach M.'s sorgfältigen vergleichenden Untersuchungen, die durch vorzügliche Photogramme illustrirt werden, festgestellt, besonders auch da die zahlreichen Controlpräparate nie ähnliche Gebilde ergaben. Die Form der Spirochaete ist nach M. hinreichend charakterisirt, um sie von anderen Spirochaeten unterscheiden zu können, der Versuch der Cultivirung misslang auch ihm.

Im Gegensatze zu dem sonst so reichlichen Vorkommen von Spirochaeten in den Organen hereditär luetischer Kinder und auch im Gegensatze zu den Befunden anderer Autoren konnten Rach und Wiesner (20) bei 27 congenital luetischen Kindern mit Ausnahme von 4 Fällen, in denen sich Spirochaeten im Gefässlumen fanden, niemals in der *Wand* der grossen Gefässe (Aorten und Pulmonalarterien) Spirochaeten, weder nach den Levaditi-Methoden, noch im Schabsaft bei Dunkelfeldbeleuchtung nachweisen, während sie in den anderen Organen fast regelmässig zu finden waren. Die histologischen Veränderungen der Gefässwände bestanden in Zelleninfiltraten und Zellenwucherungen in der Adventitia und den benachbarten Schichten der Media, meist gruppirt um die obliterirten Vasa vasorum.

Auch Bab (1) berichtet über neue interessante Befunde, die er durch bakteriologische Untersuchungen congenital luetischer Kinder gewann und von denen als besonders wichtig zu erwähnen sind der Spirochaetennachweis an der Knochenknorpelgrenze des Femur eines $5^1/_2$ Wochen nach der Geburt gestorbenen, nicht macerirten Kindes, ferner so reichliche Spirochaetenmengen im Ovarium, dass an eine Verwechselung mit Nerven oder elastischen Fasern gar nicht zu denken war, und der Befund von Antikörpern in der Ascitesflüssig-

keit eines von einem sicher luetischen Vater stammenden Foetus mit universellem Oedem, in dessen Organen nirgends Spirochaeten vorhanden waren, woraus B. schliesst, dass diese durch die reaktiv gebildeten Antistoffe zum Verschwinden gebracht worden seien, dass aber hierdurch nicht immer Heilung oder Immunität, sondern auch Tod der Frucht bedingt sein könne. —

Michaelis (16) hat die Wassermann'sche *Syphilisreaktion* einer eingehenden Nachprüfung unterzogen. Diese besteht darin, dass das zu prüfende Serum durch Erwärmen auf 58° C. seines eigenen Complementgehaltes beraubt und mit dem Syphilisantigen, das als wässeriges Extrakt aus sicher syphilisgifthaltigen Organen dargestellt wird, zusammengebracht wird. Darauf wird als Complement Meerschweinchenserum und endlich ein inaktives, d. h. complementloses hämolytisches System, nämlich inaktives Serum eines hammelblutimmunisirten Kaninchens (hämolytischer Amboceptor) mit gewaschenen Hammelblutkörperchen zugesetzt. Durch das Ausbleiben der Hämolyse wird das Verschwinden des Complementes angezeigt, was auf bestimmte Beziehungen zwischen dem zu untersuchenden Serum und dem Extrakt hindeutet, die zunächst als das Vorhandensein von Syphilisantikörpern in dem Serum aufgefasst wurden.

M. ging vor Allem an die Beantwortung dreier Fragen: Erstens konnte er bestätigen, dass verschiedene Sera in verschiedener Weise, aber jedes für sich, stets gleichmässig und deutlich reagirten. Für die Lösung der zweiten Frage, ob die Reaktion gerade für Lues charakteristisch sei, fand er, dass bei sicher vorhandener Lues 75%, bei nicht nachweisbarer 8% der Proben in der oben angegebenen Weise reagirten, aber es gab auch ein Kaninchenserum, das mit Lues nichts zu thun hatte, positive Reaktion. Die Luetiker, deren Serum nicht oder schwach reagirte, standen zum Theil unter merkurieller Behandlung. Die dritte Frage, ob die Reaktion von dem im Extrakte vorhandenen Syphilisantigen abhängig sei, suchte M. dadurch zu lösen, dass er statt des Extraktes der Leber syphilitischer Neugeborener solches normaler Leber verwandte, wobei es sich zeigte, dass die Reaktion stets der mit syphilitischer Leber erzielten parallel ging, jedoch viel schwächer ausfiel. Dieser Umstand und die positive Reaktion des Kaninchenserum scheinen es M. zweifelhaft zu machen, ob dadurch wirklich ein Syphilisantikörper und nicht vielleicht ein anderer vom Syphiliserreger unabhängiger, aber in syphilitischen Organen reichlich vorhandener Stoff angezeigt wird. Er hält die Reaktion für noch nicht genügend aufgeklärt und verweist auf den Weg weiterer Forschung.

Die gleichen Untersuchungen stellten Landsteiner, Müller und Pötzl (14) an. Sie verwandten sowohl Extrakt von Luesleber, als auch wässeriges oder alkoholisches Extrakt von nicht luetischen Meerschweinchenherzen und fanden ebenfalls ein paralleles, nur gradnell abgestuftes Nebeneinandergehen der Reaktionen. Nach ihrer Ansicht ist dieses dadurch zu erklären, dass das Syphilisserum Stoffe enthält, die keine Syphilisantikörper sind, sich aber mit gewissen Bestandtheilen normaler und syphilitischer Gewebe verbinden.

Detre (9) prüfte die Seren von 6 Luetikern und erzielte 2mal positive, bei den übrigen und in 4 Controlfällen negative Reaktion. Der eine positive Luetiker reagirte ausser auf verschieden gewonnene Extrakte, auch auf das aus seinem eigenen spirochätenhaltigen Tonsillarsekret hergestellte.

Auch Butler (8) bespricht die Anwendung und den Werth der Serumdiagnose bei der Lues und ihren Folgekrankheiten. —

Die 3 Arbeiten von Bertarelli (4. 5. 6) enthalten die Fortsetzung seiner schon an dieser Stelle (Jahrbb. CCXCVII. p. 77) erwähnten experimentellen Studien über die *Uebertragung der Syphilis auf Thiere*. Seine zahlreichen Ueberimpfungen auf die Hornhaut oder in die vordere Augenkammer von Kaninchen ergaben schliesslich fast in allen Fällen positive Resultate in Gestalt einer Verletzung von ganz bestimmtem Aussehen, worin meist, aber nicht immer, Spirochaeten nachweisbar waren, da diese anscheinend schneller vom Ort der Einimpfung verschwanden, als die makroskopischen Veränderungen zu ihrer Abheilung brauchten. Andere luetische Erscheinungen waren an den Kaninchen nicht nachweisbar, ausser bei 2 Thieren Lähmungen der hinteren Extremitäten, die aber nicht mit Sicherheit als luetisch zu bezeichnen waren, dagegen schienen sie gegen eine zweite Infektion immun geworden zu sein. Impfversuche auf anderem Wege misslangen. Nach Feststellung dieser Thatsachen ging B. (5) an fortlaufende Ueberimpfungen auf die Hornhaut von Kaninchen zu Kaninchen. Er konnte dabei vor Allem eine unzweifelhafte Verstärkung des Virus beobachten, die besonders nach der 3. Generation deutlich wurde, so dass sich schliesslich vollkommene Reinculturen von Spirochaeten in den Impfaffekten fanden. Mit diesem verstärkten Virus, und zwar von einer 5. Generation, erzielte er dann wieder positive Uebertragungsresultate bei 3 Makaken, die ganz den nach Inoculation von menschlichem Virus entstehenden glichen. Auf dieselbe Weise gelangen B. (6) dann auch Uebertragungen auf die Hornhaut eines grossen Hundes und eines Schafes; allerdings war die Reaktion eine geringere als bei den Kaninchen, doch fanden sich in der Hornhaut der exstirpirten Augen reichlich Spirochaeten und auch Rückimpfungen auf Kaninchen waren erfolgreich. Ferner hatten Uebertragungen auf 10 Meerschweinchen nur bei 2 Augenläsionen mit wenigen Spirochaeten im Gefolge, eben so wenig gelang die Inoculation bei Schweinen.

Ebenfalls mit der Frage der Uebertragbarkeit der Syphilis auf Thiere beschäftigt sich Siegel (24). Er

bezeichnet die Impfsyphilis zur Zeit nur bei Kaninchen und Affen für allgemein anerkannt, und zwar nimmt er für sich und W. Schulze vor Bertarelli die Priorität des Beweises der Kaninchensyphilis in Anspruch, den sie durch die Zurückimpfung auf Affen erbracht hätten. Darauf schildert er die Resultate seiner zahlreichen Versuche an den verschiedensten Affenarten. Die cutane und subcutane Methode der Uebertragung erwies sich ihm hierbei als gleichwerthig für den Erfolg. Das Auftreten sekundärer Erscheinungen beobachtete er bei Makaken, Pavianen, Gibbons und Schimpansen, also nicht ausschliesslich bei den sogen. höheren Affenarten. Die Art dieser Sekundärerscheinungen bestand hauptsächlich in papulösen Efflorescenzen, besonders auf Bauch, Handflächen, Gesicht, Brust, Scrotum und Mundschleimhaut, und zum Beweise dafür, dass diese Eruptionen thatsächlich syphilitischer Natur waren, führt er ihr makroskopisches und mikroskopisches Aussehen, ihr Auftreten nach der typischen Incubationzeit und die Möglichkeit positiver Uebertragungen von ihnen aus auf andere Affen an. Aber auch an inneren Organen, vor Allem der Leber, fand er sekundär luetische Erscheinungen. Bei seinen Wiederimpfungen hatte er nur 2mal, nach 1 Monat und nach 5 Monaten, positiven Erfolg. Durch Weiterimpfungen von Thier zu Thier fand er, und zwar vor Allem im Kaninchenkörper eine *Abschwächung* des Virus. Endlich hält auch er die Lues wegen ihres Verlaufes und besonders wegen ihrer Aehnlichkeit mit der Dourine in Uebereinstimmung mit anderen Autoren für eine Protozoënkrankheit, er bezweifelt jedoch, dass die Spirochaete pallida zu dieser Mikroorganismengruppe zu rechnen sei.

Fürész (12) suchte das Verhalten der Spirochaeten während der antiluetischen Behandlung festzustellen und fand sie so lange in den specifischen Efflorescenzen vor, als deren Infiltration zu constatiren war.

Pinkus (19) und Fingor (11) haben die Ergebnisse der Syphilisforschung der letzten Jahre zusammengestellt. Der Erste erwähnt bei der Erörterung der Ausbreitung der Spirochaeten in den Geweben von der Infektionstelle aus seine eigenen Resultate, die er bei der Excision der Sklerosen hatte und die ihm die Hoffnung, dadurch die Generalisirung zu vermeiden, benehmen. Wegen des zweifellos verzögerten Eintreteus der Sekundärerscheinungen ist die Excision bei erschwerter ausgiebiger Beobachtung sogar als gegeu das Interesse des Patienten verstossend zu betrachten.

(Schluss folgt.)

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

124. **Céphalée pubérale**; par Paul Dalché. (Gaz. des Hôp. LXXXI. 38. Mars 31. 1908.)

Als eine besondere Art beschreibt D. Kopfschmerzen, die bei jungen Mädchen zur Zeit der Pubertät auftreten, oft mit der ersten Regel; die Kopfschmerzen sind nicht etwa halbseitig, sondern nehmen den ganzen Kopf ein, dauern Wochen bis Monate lang in wechselnder Stärke. Während der Menstruation sind die Schmerzen am heftigsten. D. führt diese Art Kopfschmerz zurück auf eine Insuffizieuz der Eierstöcke und hat dementsprechend Erfolg gehabt mit Darreichung von Eierstockpräparaten. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die sog. Wachsthumkopfschmerzen, Kopfschmerzen in Folge von Augenstörungen, adenoiden Wucherungen, Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen, des Ohres; in Folge von Neurasthenie, Chlorose und Organerkrankungeu. Aehnliche Kopfschmerzen können übrigens auch bei Hypothyreoidismus vorkommen, wo dann Schilddrüsenpräparate zu reichen wären, eventuell sind diese mit Eierstockspräparaten zu verbinden; auch gewisse hydrotherapeutische Maassnahmen sind angezeigt. Keine körperliche und geistige Ueberanstrengung, im Gegentheil, Ruhe, Ausspannen, Aufenthalt auf dem Lande, in mittleren Höhen. Gegen die Exacerbationen Antipyrin oder Pyramidon in kleinen Dosen. R. Klien (Leipzig).

125. **Ueber nasale Reflexe**; von Prof. Koblanck in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 24. 1908.)

„Die Schwellkörper der Nasenschleimhaut stehen in besonderem Zusammenhange mit denen der Genitalorgane. In der Geburtshülfe kann man von der Nasenschleimhaut aus die Wehenschmerzen vorübergehend lindern und die Uteruscontraktionen verstärken.“ K. macht hier besonders auf die Behandlung der Nasenschleimhaut mit Nebennierensaft in der Nachgeburtperiode aufmerksam. Die Wehen werden dadurch so kräftig, dass die Nachgeburt schnell und ohne wesentliche Blutung ausgestossen wird.

„Von der Nasenschleimhaut aus können einzelne Folgeerscheinungen krankhaften sexuellen Lebens beseitigt und gewisse anormale Geschlechtserregungen beseitigt werden.“ Allerlei nervöse Störungen, die Onanie mit nachfolgender Amenorrhöe, gewisse Formeu der Sterilität und anderes mehr kommen hier in Frage.

Endlich „von einer bestimmten Stelle dor Nasenschleimhaut aus, lässt sich der Rhythmus des Herzens beeinflussen.“ Die Kranken haben einen beschleunigten unregelmässigen Puls mit Herzklopfen und sonstigen unangenehmen Empfindnngen, und die Beschwerden schwinden sofort, wenn man eine hypertrophische Stelle an der rechten Seite des Septum hinten oben nahe an den Choanen elektrolytisch beseitigt. Dippe.

126. **Die nasale Dysmenorrhöe**; von Prof. A. Kuttner in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr XXXIV. 24. 1908.)

K. erkennt die Lehre von der nasalen Dysmenorrhöe nicht an. Die auf Grund dieser Lehre erzielten Erfolge bezieht er auf psychische Beeinflussung, Allgemeinwirkung der angewandten Medikamente und Besserung des Allgemeinbefindens nach Beseitigung vorhandener Nasenleiden.

Dippe.

Digitized by Google

127. **Zur Behandlung der Dysmenorrhöe;** von Dr. Polano. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 35. 1907.)

P. hat in manchen Fällen von Dysmenorrhöe methodische *Saugung* (nach Bier) *der Brustdrüsen* angewandt (täglich ½ Stunde in der Vorwoche der Periode) und ist mit den Erfolgen zufrieden. Einen völligen Versager hat er nie erlebt, wenn auch nicht immer völlige Beschwerdefreiheit erzielt. Auch beim Wegbleiben der Milch stillender Frauen scheint sich die Saugung zu bewähren.

R. Klien (Leipzig).

128. **Ueber hypnotische Behandlung von Menstruationsstörungen mit Bemerkungen zur Theorie der Neurosen;** von O. Kohnstamm. (Ther. d. Gegenw. N. F. IX. 8. p. 354. 1907.)

K. berichtet über einige Fälle von sicherer Beeinflussung der Menstruationblutung und der Menstruationschmerzen durch hypnotische Suggestion. Die Menstruation hinterlässt nach K. in allen ihren Phasen ihre charakteristischen Gefühlscorrelate. Werden diese suggestiv zur Aktualität erweckt, so kommt es zu entsprechenden Störungen im objectiven Ablauf der Periode. Auf der Umkehrung dieses Princips beruht die suggestive Heilung der Menstruationstörung.

Lewandowsky (Berlin).

129. **Meine ersten 28 Fälle günstiger Beeinflussung von Periodenbeschwerden durch Röntgenstrahlen;** von Dr. Manfred Fraenkel. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 5. 1908.)

In 28 Fällen von Meno- und Metrorrhagien, von Dysmenorrhöe, Fluor albus, von Endometritis non infectiosa hat F. gute Erfolge mit Röntgenstrahlen erzielt. Er rühmt dieser Behandlung nach, dass sie sicherer sei als alle bisher angewandten, schmerzlos und ungefährlich. Auch bei Myomen beobachtete F. Aufhören der Blutung und Kleinerwerden der Geschwülste. Die Erklärung aller dieser Heilwirkungen sieht F. in der Beeinflussung der Ovarien, die dem Uterus offenbar übergeordnet seien.

R. Klien (Leipzig).

130. **Menstruation ohne Ovarien;** von Dr. Georg Gellhorn. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 40. 1907.)

1) Beobachtung: Einer 38jähr. Frau waren mittels zweier Laparotomien beide Eierstöcke sicher entfernt; trotzdem menstruirte sie regelmässig weiter. Bei einer dritten wegen Verwachsungbeschwerden gemachten Laparotomie wurden 3 vom Netz zum Fundus des atrophischen Uterus gehende derbe, gefässhaltige Stränge durchtrennt; die Menstruation hörte von da ab auf.

2) Beobachtung: Einer 35jähr. Pat. waren 6 Jahre zuvor die linken Adnexe per vag. entfernt worden. Es wurden dann ebenfalls wegen Verwachsungbeschwerden gelegentlich einer Laparotomie die rechten Adoexe entfernt. Auftreten von Molimina menstrualia, die auf Ovarin verschwanden. Dafür traten während der Ovarinbehandlung zu wiederholten Malen „Menstruationen" auf.

G. erklärt diese Beobachtungen dadurch, dass während der Menopause die „Wellenbewegung" nur latent oder abgeschwächt sei; gewisse Reize vermögen sie zur normalen Geschlechtsreifehohe zu bringen.

R. Klien (Leipzig).

131. **Das Alttuberkulin Koch als Diagnostikum in der Gynäkologie;** von Dr. Pankow. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 42. 1907.)

Die Ergebnisse P.'s decken sich nicht mit denen Birnbaum's; Birnbaum fand, dass von 34 Frauen mit Urogenital- und Bauchfelltuberkulose 32 = 94% deutlich *lokal* reagirten, einmal war dieses zweifelhaft, nur einmal blieb die lokale Reaktion aus (3%). Allerdings fehlte im grössten Theil dieser Fälle die Bestätigung der Diagnose durch die Autopsia in viva mit nachfolgender histologischer und bakteriologischer Controle! Diese Fehlerquelle wurde bei P.'s Untersuchungen ausgeschaltet, der im Uebrigen, was die Art der Einspritzungen anlangt, nach Birnbaum's Vorschriften verfuhr. Im Ganzen wurden 32 Kr. dem Verfahren unterworfen. Diese liessen sich in 4 Gruppen theilen: 1) Fälle, in denen die Reaktion und die histologische Diagnose keine Tuberkulose ergaben; 2) Fälle (3), in denen die auf Tuberkulose gestellte Reaktiondiagnose nicht bestätigt wurde; 3) Fälle (4), in denen Reaktion *und* histologische Diagnose auf Tuberkulose lauteten; 4) Fälle (5), in denen sich bei negativer Reaktiondiagnose histologisch Tuberkulose fand. Wohl trat in diesen Fällen eine sogar sehr starke *allgemeine* Reaktion auf, die zu starkem allgemeinen Krankheitgefühl führte, aber eine sub- und objektiv wahrnehmbare Steigerung der Unterleibbeschwerden blieb aus.

Also nur in ⅕% der Fälle deckte sich das diagnostische Resultat der Injektion mit dem anatomischen Befunde. Bei den beobachteten 32 Kr. war 23mal *keine* Tuberkulose nachweisbar, es fehlte dementsprechend die *lokale* Reaktion in 20 Fällen, sie war *trotz* fehlender Tuberkulose deutlich ausgesprochen in 3 Fällen = 13%. In diesen 3 Fällen wurde auf Grund der Tuberkulinreaktion die klinisch vorher richtig gestellte Diagnose fälschlich geändert. Bei allen Tuberkulosen der *Harnwege* war übrigens die richtige Diagnose *schon vorher* gestellt, so dass im Ganzen nur *ein* Fall blieb, in dem erst auf Grund der Tuberkulinreaktion die richtige Diagnose gestellt wurde. Wodurch der Unterschied zu den Resultaten Birnbaum's, der in jedem Falle von Genitaltuberkulose auch gleichzeitig *lokale* Reaktion fand, bedingt ist, lässt P. unentschieden; vielleicht liegt der Grund in der verschiedenen Bewerthung der Symptome. Gerade hierin liegt die Schwäche der Methode. Zur Zeit will P. nur einen negativen Schluss ziehen: fehlt jede örtliche *und* allgemeine Reaktion, so ist auch mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Tuberkulose des Genital- und Harnapparates der Frau auszuschliessen. Ob hiervon Ausnahmen vorkommen, muss allerdings erst noch abgewartet werden. Jedenfalls hat für

P. die *lokale* Reaktion nicht die diagnostische Bedeutung, die nach Birnbaum's Veröffentlichung zu erwarten war. Ein Gleiches fand übrigens Brückner bei tuberkulösen Augenerkrankungen: nur in 11.5% der Fälle war hier eine *lokale* Reaktion zu beobachten. R. Klien (Leipzig).

132. **Die vulväre Tuberkulose;** von Dr. C. Daniel und Amza Jianu in Bukarest. (Revista de Chir. p. 490. Nov. 1907.)

D. und J. beschreiben zwei Fälle von Tuberkulose des äusseren weiblichen Genitales, und zwar einen die Klitoris und die kleinen Labien, einen anderen das linke grosse Labium betreffend. Erstere Patientin hatte auch eine proliferirende Tuberkulose des Anus und Rectum. Die histologische Untersuchung ergab hauptsächlich eine starke Vermehrung des Unterhautzellgewebes mit zahlreichen Leukocyten, zahlreichen Riesenzellen und Koch'schen Bacillen.

Die Behandlung der Vulvatuberkulose richtet sich danach, ob es sich um eine sekundäre oder eine primäre Tuberkulose handelt. In ersterem Falle ist nichts zu erreichen und man muss sich mit palliativen Maassregeln begnügen. Im zweiten Falle ist die Ausschneidung der hypertrophischen Theile, eventuell die energische Kauterisirung mit dem Paquelin'schen Thermokauter vorzunehmen. E. Toff (Braila).

133. **Tuberkulose der inneren weiblichen Genitalien;** von Dr. C. Constantinescu und V. Gomoiu. (Spitalul. Nr. 4. p. 71. 1908.)

Die Tuberkulose der inneren weiblichen Genitalorgane wird relativ selten diagnosticirt, obwohl sie anscheinend eine ziemlich häufige Erkrankung ist. Eine frühzeitige Diagnose ist aber in therapeutischer Beziehung von Wichtigkeit, obwohl auch in vorgeschrittenen Fällen durch einen chirurgischen Eingriff gute Resultate erzielt werden können, wie der von C. und G. angeführte Fall beweist.

Es handelte sich um eine 25jähr., früher gesund gewesene Nullipara, die aber von Seiten beider Eltern mit Tuberkulose belastet war. Die Krankheit war etwa 6 Wochen vor dem Eintritte in's Krankenhaus in Erscheinung getreten und zwar mit einer zweiwöchigen Verspätung der Menses, die dann sehr reichlich und begleitet von starken Schmerzen auftraten. Es entwickelte sich eine mandarinengrosse Geschwulst in der rechten Bauchseite mit Schmerzhaftigkeit bei Bewegung und Druck; auch das Harnlassen war schmerzhaft. Unter der eingeleiteten Lokalbehandlung gingen die Schmerzen etwas zurück, um dann wieder mit erneuter Heftigkeit aufzutreten. Gleichzeitig bestand ein eitriger Ausfluss aus der Gebärmutter. Die bimmanuelle Untersuchung ergab hauptsächlich das Vorhandensein einer grossen, die ganze linke Beckenseite einnehmenden Geschwulst, die auch in die Vagina sich bedeutend vorwölbte. Es wurde bei der Laparotomie ein Conglomerat von grösseren und kleineren, die Gebärmutter umgebenden Tumoren, von denen die meisten mit einer eitrigen Flüssigkeit gefüllt waren, gefunden. Es bestanden zahlreiche Verwachsungen mit den umgebenden Organen und dem Netze, und die Loslösung war sehr mühselig. Von vielen dieser Abscesse ergoss sich der Inhalt in die Bauchhöhle. Beide Tuben waren verdickt und eitrig infiltrirt. Die Ovarien konnten nicht aufgefunden werden, da sie wahrscheinlich in den beschriebenen Tumoren untergegangen waren. Nach vorgenommener totaler Hysterektomie und Präparirung aller Geschwülste, wurde per vaginam drainirt und die Kranke konnte nach einem Monate geheilt entlassen werden.

E. Toff (Braila).

134. **Primary tuberculous disease of the cervix uteri;** by E. E. Young. (Transact. of the obstetr. Soc. of London XLVIII. 4. 1906.)

Eine 26jähr. Frau, die immer gesund gewesen war und 3mal geboren hatte, aus gesunder Familie (auch der Ehemann gesund) erkrankte vor 5 Wochen mit starkem gelben Ausfluss und Schmerzen im Unterleib und in der Kreuzbeingegend. Menstruation regelmässig, seit ½ Jahre länger anhaltend als früher. Lungenbefund normal. Keine Tuberkelbacillen im Auswurf. Keine Schwellung der Lymphdrüsen. Gebärmutterhals von pilzartiger Form, verdickt. Oberfläche hart, uneben mit verschieden grossen Geschwüren, an einzelnen Stellen knotig und papillös, aber nicht bei Berührung blutend. Kraterförmige Vertiefungen um den äusseren Muttermund. Gebärmutterkörper anscheinend vergrössert, anteflektirt, beweglich. Wegen des suspecten Aussehens der Portio wurde die Entfernung der Gebärmutter von der Scheide aus vorgenommen. Der Verlauf war normal. ½ Jahr nach der Operation war Pat. ohne Rückfall.

Die mikroskopische Untersuchung des Gebärmutterhalses ergab zahlreiche typische Tuberkel mit Riesenzellen und centraler Verkäsung vieler Tuberkel sowohl im fibromuskulären Gewebe als in der Cervikalschleimhaut. Tuberkelbacillen wurden nicht gefunden. (Formalinhärtung des Präparats!) J. Prneger (Chemnitz).

135. **Tuberculose du col de l'utérus;** par le Dr. Delètrez. (Belg. méd. XV. 5. 1908.)

D. beschreibt einen jener seltenen Fälle von anscheinend primärer Tuberkulose des Collum uteri, die ganz das Aussehen einer carcinomatösen Blumenkohlgeschwulst darbot. Die Diagnose wurde schon durch die Probeexcision gestellt; die vaginale Totalexstirpation machte die etwas herabgekommene 21jähr. Nullipara, die nie die Periode gehabt hatte, erblühen. Ein tuberkulöser Herd im übrigen Körper war klinisch nicht nachzuweisen. — Die proliferirende Form, wie im vorliegenden Falle, spricht für primäre, die ulceröse, bez. infiltrirende für sekundäre Tuberkulose. Oefter mag wohl die richtige Diagnose nicht gestellt werden. Die Pathogenese ist zur Zeit noch unsicher. R. Klien (Leipzig).

136. **Ein Fall lokaler Tuberkulose des Uterus, der Adnexe und des Peritonaeums mit tödtlichem Ausgang im Wochenbett;** von E. Gallatia in Laibach. (Gynäkol. Rundschau Heft 4. p. 150. 1907.)

Die erste Schwangerschaft einer 26jähr. Frau verlief ungestört, nur während der letzten Tage Erbrechen. Bald nach der rasch spontan verlaufenen Geburt Zunahme des Leibesumfanges, Schüttelfroste, Fieber, Erbrechen, jauchig blutiger Ausfluss. Im Uterussekrete Staphylokokken und säurefeste Bacillen. Diagnose: Miliartuberkulose propagirt durch Geburt und Wochenbett. Tod am 17. Wochenbetttage.

Sektion: Lunge gesund, exsudative, adhäsive tuberkulöse Peritonitis. Darmschleimhaut frei. Adnexitis tuberculosa. Innenfläche des gut involvirten Uterus bis auf die Placentastelle mit bis tief in die Muskulatur reichenden Tuberkelknötchen besetzt. Tuberkelbacillen positiv. Placentastelle jauchig, nicht näher untersuchbar.

Die Gravidität war durch die sicher schon lange vorhanden gewesenen tuberkulösen Veränderungen am ganzen Peritonaeum und am Genitalapparate nicht gestört worden. Ausgangspunkt wohl die Genitalien, dann Uebergreifen auf das Peritonaeum. Verschlimmerung im Wochenbette. Combination mit Staphylokokkeninfektion der Uterushöhle. Placenta leider nicht untersucht. Das Kind war bis zum 17. Tage nachweislich gesund.

Kamann (Magdeburg).

137. **Ueber Genitaltuberkulose bei doppelseitigem Dermoidkystom;** von Dr. Konstantin Logothetopulos in München. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 1. p. 144. 1907.)

Es handelte sich bei einer 27jähr. Nullipara um einen Fall von chronischer, kasiger Tuberkulose der Wand beider Tuben, wobei die Tuberkulose sekundär auf die Serosa des Uterus und der in Dermoidkystome verwandelten Ovarien übergegriffen hatte. Dabei war es noch in Folge von Mischinfektion mit Streptokokken, die nach L.'s Ansicht aus dem Darme stammten, zu einer Abscessbildung im Douglas'schen Raume gekommen. Vaginale Radikaloperation mit Schuchardt'schem Hülfschnitte. Anscheinend Heilung. R. Klien (Leipzig).

138. **The utero-sacral ligaments;** by D. H. Craig. (Boston med. a. surg. Journ. CLVII. 4. p. 101. July 25. 1907.)

Die uterosacralen Bänder sind unter den Douglas'schen Bauchfellfalten gelegene flache muskuläre Bänder, die von der hinteren Gebärmutterwand in der Höhe des inneren Muttermundes abgehen und zu den Seiten des Kreuzbeines neben der Articul. sacroiliaca hinlaufen. Sie verlaufen zu beiden Seiten des Mastdarmes, nahe an seinem Uebergang in die Flexura sigmoidea. Als krankhafte Zustände dieser Bänder kommen vor: Entzündliche Zusammenziehung, als Folge entzündlicher Zustände des Eierstocks oder des Eileiters (Sactosalpinx), indem diese Organe sich dem Bande anlagern und die Entzündung die Bauchfellfalte und das darunter liegende Band ergreift. Eine weitere Art der Zusammenziehung der uterosacralen Bänder bezeichnet Cr. als defensive Contraktion. Es handelt sich dann ursächlich um eine Endometritis cervic., die nicht entzündeten Bänder werden zusammengezogen, um den entzündeten Gebärmutterhals ruhig zu stellen.

Eine sehr wichtige Rolle bei Entstehung der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter spielt nach Cr.'s Ansicht die Erschlaffung der uterosacralen Bänder, über deren Ursache man noch im Unklaren ist. Bei sehr starker Erschlaffung entsteht Retroversion, bei geringer oder fehlender kann Retroflexion entstehen. Wenig bekannt ist die angeborene zu hohe Anheftung der hinteren Bänder. Diese Abnormität führt zur Retroversion und läuft gewöhnlich unter dem Namen „congenitale Retroversion".

Die Diagnose der Zusammenziehung der Bänder wird gestellt dadurch, dass der Gebärmutterhals nach hinten oben verlagert ist. Bei entzündlichen Zuständen ist Zug am Scheidentheile nach vorn stark schmerzhaft, das Band ist verdickt zu fühlen und sehr druckempfindlich. Bei „defensiver Contraktion" findet sich eine Endometritis cervic., es fehlen aber andere entzündliche Erscheinungen im Becken.

Eine besondere Behandlung der entzündlichen Banderkrankung erübrigt sich, da die gegen die Erkrankung der Anhänge gerichteten Maassnahme (Tamponade u. s. w.) auch auf die Heilung der Banderkrankung wirken. Bei Zurückbleiben von Veränderungen der Bänder wendet Cr. einen Scheidentampon mit Ichthyol in T-Form an. Bei „defensiver Contraktion" genügt die Behandlung der Schleimhauterkrankung. In sehr seltenen hartnäckigen Fällen macht sich ein operativer Eingriff wegen Zusammenziehung der Bänder nöthig. Man kann dann, wenn nicht eine abdominale Operation damit verknüpft ist, nach Querschnitt im Scheidengewölbe die Bänder durchtrennen, ohne in die Bauchhöhle zu dringen.

Bei Erschlaffung der Bänder wendet Cr. keine Ringe an, dagegen eine Tamponade, indem er in jedes der beiden seitlichen Scheidengewölbe einen Tampon und einen vor den Scheidentheil legt und dann weitere Tampons, bis in der Höhe der M. bulbocavernosi ein Quertampon als Stütze dient. Von Massage hat Cr. keinen Vortheil gesehen.

Die operative Verkürzung der hinteren Bänder von der Scheide aus ist nicht schwierig. Cr. zieht nach Ablösung des Mastdarmes ein Band herunter und verkürzt es durch Naht. Die Nähte werden gleichzeitig an beide Bänder gelegt und dann erst geknüpft.

Bei zu hoher Anheftung der Bänder werden die Bänder nicht durchtrennt, sondern sie werden vorgezogen und tiefer angenäht. Die Alexander-Operation allein versagt gewöhnlich völlig bei diesen congenitalen Retroversionen.

J. Praeger (Chemnitz).

139. **Die klinische Bedeutung der Rückwärtslagerung des Gebärmutterkörpers;** von A. Sippel. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVI. 4. p. 550. 1907.)

Um diese Frage zu klären, über die unter den Frauenärzten zwei völlig entgegengesetzte Ansichten bestehen, geht S. nicht den Weg der Statistik, sondern er schildert einzelne genau beobachtete Fälle und weist nach, dass die vorhandenen Beschwerden nur durch die Retroflexio verursacht sind.

Typisch für die Klagen der Leidenden ist, dass die Beschwerden nur beim Stehen und Gehen auftreten und beim Liegen völlig verschwinden. Als charakteristisch führt S. die Krankengeschichte einer Patientin an, die zunächst örtliche Beschwerden und dann Störungen des Allgemeinbefindens hatte. Es fand sich nur eine Retroflexio. Mit dem passenden Ringe, in dem die Gebärmutter anteflektirt lag, verschwanden die örtlichen und Allgemeinbeschwerden, um jedesmal wieder aufzutreten, sobald einige Zeit nach dem Weglassen des Ringes der Uterus wieder umgefallen war. Sie hörten sofort nach der Aufrichtung und dem Wiedereinlegen des Ringes wieder auf.

Die Einwendungen der Gegner lauten: 1) Retroflexio macht sehr häufig gar keine Beschwerden. 2) Manchen Frauen hilft der Ring, auch wenn der Uterus darin retroflektirt liegt. 3) Trotz Reposition des Uterus bestehen die Beschwerden nicht selten

fort. 4) Dieselben Beschwerden treten bei Anteflexio auf.

S. giebt die Richtigkeit dieser Einwendungen zu, hält sie aber nicht für beweisend. Zu 1) glaubt er, dass der Grad der Lageveränderung erheblich in's Gewicht fällt. Zu 2), dass der Ring die retroflektirte Gebärmutter genügend stützt, um Beschwerden zu verhüten. Die Beschwerden unter 3) werden durch zu grosse oder fehlerhafte Ringe verursacht. Und gegen den 4. Einwand wird angeführt, dass die Erscheinungen durch Ueberdehnung der Douglas-Falten wie bei der Retroflexio bedingt sind. Ein Pessar hilft auch in diesen Fällen.

Dass die bewegliche uncomplicirte Retroflexio gewisse nervöse Erkrankungen bedingen kann, beweist S. an 2 Frauen, die er Jahre lang ganz genau beobachtet hat. Die ausführlichen Krankengeschichten müssen in der Originalarbeit nachgelesen werden. Es handelt sich in diesen Fällen wohl um „Reizwirkungen, die sich in den Centralorganen unterhalb der Bewusstseinschwelle abspielen und von hier aus entweder einen continuirlich wirkenden, peripherwärts abfliessenden Reflexvorgang auslösen, oder aber, wie bei der Epilepsie, nur von Zeit zu Zeit einen Reflex frei werden lassen, sobald die Summation der Reizwirkungen die erforderliche Höhe, die erforderliche Spannung erreicht hat, um den Effekt auszulösen und den Funken überspringen zu lassen".

Gustav Bamberg (Berlin).

140. **Rétrodéviations de jeunes filles et rétrodéviations de jeunes femmes;** par le Prof. R. de Bovis. (Semaine méd. XXVIII. 10. 1908.)

In der sehr anregend geschriebenen Arbeit betont B. auf Grund instruktiver Krankengeschichten die Häufigkeit von Retrodeviationen bei jungen Mädchen vor der Verheirathung. Es kommen sowohl bewegliche, als fixirte Retrodeviationen vor. Eine viel wichtigere Rolle als Angeborenheit spielen, ganz besonders bei der letzteren Art, entzündliche Processe, die sich bereits in frühester Jugend abspielen können: Vulvovaginitis, Motritis, Salpingitis simplex oder gonorrhoica; später Weissfluss, Anämie, Dysmenorrhöe, Fehlgeburt oder Hämatometra, Hämatosalpinx. Ein besonderes Augenmerk ist auch auf Hefeinfektion zu richten; Hefepilze wuchern in jedem stagnirenden Wasser, also auch in dem Waschwasser des Toilettentisches, das zu Reinigungen der Genitalien verwendet wird. de B. führt sodann aus, dass ein retroflektirter Uterus in Folge seiner Lage, Gestalt, Gewebebeschaffenheit, Cirkulationvorhältnisse leichter gonorrhoisch infiecirt wird, als ein anteflektirter. Es sind also solche Mädchen, bez. Frauen mehr gefährdet. Die Dysmenorrhöe führt de B. auf Zerrungen der Ligamenta lata zurück, die die Rolle des „Meso" (Lennander) vertreten; bei eventuellem Tiefertreten kann der Uterus auch gewisse Stellen des parietalen Peritonaeum drücken und so Schmerzen hervorrufen. Den Heilungen von Retroflexionen nach Wochenbetten steht de B. sehr skeptisch gegenüber; meist bekommen solche Uteri nach einiger Zeit ihren alten Knick wieder. *Therapeutisch* ist de B. zu folgenden Regeln gekommen: Auch junge Mädchen, die an Ausfluss, Dysmenorrhöe u. s. w. leiden, sind combinirt, eventuell per rectum zu untersuchen, wenn der Hymen intakt und unnachgiebig ist. Man begnüge sich nicht mit vagen Erklärungsversuchen, wie Anämie und sonstigen Constitutionanomalien. Findet sich in solchen Fällen eine Retrodeviation, so muss sie beseitigt werden. Dilatation mit Hegar'schen Bougies zur Erweiterung und Kräftigung (Virilisement) des Uterus; sodann Fixation der Ligamenta rotunda, und zwar grundsätzlich per laparotomiam, weil man nur so über gewisse Adhäsionen und Veränderungen der Adnexe in's Klare kommen kann. Liegt bei veränderten Adnexen mit grösster Wahrscheinlichkeit weder Gonorrhöe, noch puerperale Infektion zu Grunde, so sollen die Adnexe möglichst conservativ behandelt werden (Kauterisation, Resektion). Von Salpingostomien und Fixation descendirter Ovarien räth de B. ab. Hat man dagegen mit stattgehabter Infektion zu rechnen, oder handelt es sich um schwerere anatomische Veränderungen der Adnexe, besonders der Tuben, dann will de B. die schwer erkrankten Organe entfernt wissen. Meist wird es sich natürlich um conservirende Maassnahmen handeln und nicht selten sah de B. danach Schwangerschaft eintreten.

R. Klien (Leipzig).

141. **Un caso di enuresi notturna guarito col raddrizzamento dell'utero retroverso;** per il Dott. Stefano Vallivere, Schio. (Rif. med. XXIII. 45. p. 1238. 1907.)

Bei einem 16jähr. Mädchen wurde sehr hartnäckiges *Bettnässen* durch die operative Behandlung des *retrovertirten* Uterus nach Alexander-Adams völlig geheilt.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

142. **Ventrifixur des Uterus oder Ventrifixur der Ligg. rotunda?** von P. Rissmann. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 51. 1907.)

R. fixirt die Ligg. rotunda in *bedeutender* Entfernung (d. h. 5 cm) vom Uterus an die Bauchdecken, die Cornua uteri werden weder berührt, noch durchstochen. Die Resultate haben R. sehr zufriedengestellt. Der Uterus bleibt gut beweglich, wird nicht elevirt, trotzdem antevertirt. Einklemmungen von Bauchorganen zwischen Uterus und Bauchdecken hat R. nie beachtet, auch keine nachfolgenden Geburtstörungen. Durchschnittlich legt R. von der Bauchhöhle aus jederseits 3 nicht zu dicke Seidenfäden, die nur Peritonaeum und Muskeln fassen; doch könne man auch die Fäden auf der Faseie knoten. Kein Recidiv.

R. Klien (Leipzig).

143. **Ventrifixur des Uterus oder Ventrifixur der Ligamenta rotunda.** *Bemerkungen zu der Arbeit von P. Rissmann in Nr. 51 des Centr.-Bl. f. Gynäkol. 1907;* von Dr. Quadflieg. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 8. 1908.)

Qu. hat seit längerer Zeit genau so wie Rissmann die Ligamenta rotunda mit Seide Nr. 3 ventrifixirt und empfiehlt die Methode auf das Angelegentlichste. Nie wurden in 23 Fällen Einklemmungen von Baucheingeweiden beobachtet. Schwangerschaften und Geburten verliefen ungestört. R. Klien (Leipzig).

144. **Zur Alexander-Adams'schen Operation;** von Dr. F. Spaeth. (Münchn. med. Wchnschr. LVII. 13. 1907.)

Sp. ist Anhänger der Alexander-Adams'schen Operation bei der mobilen, Beschwerde machenden, Retroflexio. Er empfiehlt mit Kocher, den Leistenkanal zu spalten, doch nicht bis zum inneren Leistenringe; gleichzeitige Verkürzung der Bänder um 8—10cm; Befestigung und Naht des Leistenkanales mit unresorbirbarem Materiale (Silk); darüber Catgutfasciennaht und Vereinigung der Haut durch Michel'sche Nähklämmerchen.
R. Klien (Leipzig).

145. **Zur Aetiologie der Retroflexio uteri puerperalis;** von R. Olshausen. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 1. 1908.)

Nach O.'s Erfahrung entstehen die *uncomplicirten puerperalen* Retroflexionen fast ausschliesslich im *ersten* Wochenbette, und zwar in Folge der starken Verdünnung der Cervixwandungen, wie sie gerade während der ersten Schwangerschaft und Geburt eintritt. Es entsteht dadurch die bekannte verstärkte puerperale Anteflexie, ausnahmeweise aber ebenso die Retroflexio, sei es, dass hierzu die horizontale Rückenlage beiträgt, oder die starke Füllung der Blase und der Darmschlingen. Jedenfalls sind wir in praxi verpflichtet, *jede Erstwöchnerin 4—5 Wochen post partum auf Retroflexio zu untersuchen* und eventuell für kurze Zeit ein Pessar einzulegen. R. Klien (Leipzig).

146. **Zur Aetiologie der Retroflexio uteri puerperalis;** von Ludwig Pincus. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 8. 1908.)

P. schliesst sich der wohlbegründeten Ansicht Olshausen's über die Bedeutung des 1. Wochenbettes für die Entstehung der Retroflexie uteri an. Die starke Verdünnung der Cervixwandung bei der ersten Geburt sei die Causa proxima, die paretische Blase der Primipara die Causa remota der Retroflexie, welche beide sich zu einem Circulus vitiosus ausgestalten. Prophylaktisch kommen neben regelmässiger Entleerung der Blase eventuell per Katheter Seitenlage, später Pessar bis zur 2. oder 3. Menstruation, sowie mehrfache Ergotininjektionen in Betracht. R. Klien (Leipzig).

147. **Prolapsus uteri bei einem neugeborenen Kinde;** von Prof. F. Scherer. (Časopis lékařů českých. p. 979. 1907.)

Der Fall betraf ein neugeborenes Kind mit Spina bifida, das am 39. Lebenstage unter den Erscheinungen eines Darmkatarrhs starb. Der Prolaps des Uterus war am 20. Lebenstage zugleich mit einem Prolaps des Rectum entstanden. Sch. giebt für die Entstehung folgende Erklärung: 1) Bei einem jeden neugeborenen Mädchen besteht eine Anlage zum Uterusprolaps; denn das Corpus uteri beträgt nur $^1/_4$, das Collum $^3/_4$ des Uterus und das letztere liegt in der Achse der Vagina; diese Verhältnisse sind analog der Retroversio der Erwachsenen. 2) Die Spina bifida verursacht eine totale Lähmung der Sphinkteren und der gesammten Perinäalmuskeln. 3) Durch den Druck der Bauchpresse beim Schreien in Folge des Darmkatarrhs werden die Darmschlingen in das kleine Becken gepresst und der Uterus wurde durch diese Vis a tergo gegen den Scheideneingang gedrängt.
G. Mühlstein (Prag).

148. **Le prolapsus utérin des nullipares;** par le Prof. Paul Reclus. (Gaz. des Hôp. LXXXI. 30; Mars 12. 1908.)

Vorfälle bei Nulliparen sind recht selten. Sie haben eine andere Aetiologie als die übrigen Vorfälle und müssen auch anders behandelt werden. Disponirt scheinen schwächliche, infantile Individuen zu sein; während der Damm intakt ist und bleibt, sind die runden Mutterbänder und wahrscheinlich auch die Muskulatur des Beckendiaphragma schlecht entwickelt. Weder Kolporrhaphien, noch Fixationen der runden Mutterbänder bringen Heilung, sondern einzig und allein die Ventrofixation des *Corpus* uteri. Ein Fall wird ausführlich mitgetheilt. R. Klien (Leipzig).

149. **Zur Statistik der Prolapsoperationen;** von Dr. J. Scharpenack. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 36. 1907.)

In der Leipziger Klinik hat man mit der Wertheim-Schauta'schen Prolapsoperation so gute Resultate erzielt (nahezu 100% Dauerheilungen), dass Sch. diese Operation bei *älteren* Frauen principiell auch bei leichteren Prolapsen für angezeigt hält. Hervorzuheben ist, dass der Uterusfundus dicht an die Urethra festgelegt wird unter genügender Resektion von Scheidenschleimhaut, und dass ein hoher und dicker Damm hergestellt wird. Als Nahtmaterial dient in Leipzig Catgut mit vereinzelten Silknähten. Natürlich muss man gleichzeitig die Tubensterilisation ausführen, wenn noch Conceptionfähigkeit vorliegt. R. Klien (Leipzig).

150. **Die Kolpektomie nach Peter Müller;** von E. Jaeggy in Bern. (Gynäkol. Rundschau 21. p. 827. 1907.)

J. bricht eine Lanze für die noch nicht genügend in Aufnahme gekommene Kolpektomie als Prolapsoperation. Sie ist eine sehr wirkungsvolle Radikalheilung. Hydrometra stellt sich nicht ein. Geeignet für die Kolpektomie sind die Prolapse alter Frauen in der Menopause, wenn auf die Cohabitation verzichtet wird. Vorbedingung ist, dass sich der Uterus vollständig oder doch wenigstens zu 2 Dritteln in die Vulva herunterziehen lässt. Sehr starke Katarrhe sind eine Gegenanzeige, starke erfordern vorherige Behandlung.

Die Technik der Kolpektomie ist in Kürze folgende: Herabziehen des prolabirten Uterus, Zunähen des Muttermundes. Umschneidung der Vagina an ihrer Basis vorn 1 cm unterhalb der Harnröhrenmündung beginnend, Ablederung der mehrfach einzuschneidenden Scheidenwand von Blase und Uterus bis zum Muttermunde hin, tiefes Versenken der wunden Blase und des wunden Uterus, eventuell Portioamputation. Schluss des Wundspaltes durch Catgutetagennähte, sagittale Catgutnaht des Scheidenrestes. Ausnahmeweise wird die Kolpektomie auch bei menstruirenden Frauen ausgeführt, dann wird der Muttermund offen gelassen und in die Mitte der fast sagittalen Scheidenrest-Naht eingenäht.

Kamann (Magdeburg).

151. **Beitrag zur Kenntniss der Hernia uteri inguinalis;** von Dr. H. Hilgenreiner. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 11. 1906.)

Zu den in Nr. 21 der Berl. klin. Wchnschr. 1905 von Birnbaum veröffentlichten 24, bez. 23 Fällen fügt H. noch weitere 17 aus der Literatur, sowie einen eigenen hinzu. Die Kr. wurde von Wölfler operirt und der Uterus selbst zum Theil zur Verschliessung der Bruchpforte verwendet. Aus der Statistik zieht H. folgende Schlüsse: Die inguinale Hernie des Uterus kommt in allen Lebensaltern vor, bevorzugt sind Frauen im mittleren Lebensalter, die geboren haben. Sehr oft werden Hemmung- und Missbildungen im Bereiche des Genitaltractus gleichzeitig beobachtet. Oft finden sich neben dem Uterus noch die Adnexe der gleichen Seite im Bruchsacke, seltener die der anderen, bisweilen auch Darmschlingen. Die Diagnose ist in den mit Schwangerschaft complicirten Fällen meist nicht schwierig, auch sonst oft mit Sicherheit zu stellen. Die Therapie ist meist eine operative.

R. Klien (Leipzig).

152. **The treatment of ovarian prolapse by shortening the ovarian ligament;** by V. Bonney. (Transact. of the obstetr. Soc. of London XLVIII. 4. 1906.)

Klinisch theilt B. die Fälle von Vorfall des Eierstocks in 3 Gruppen: 1) Primärer Vorfall des Eierstocks, 2) Eierstockvorfall nach oder bei Rückwärtslagerung der Gebärmutter, 3) Eierstockvorfall, bedingt oder verbunden mit Erkrankung des Eierstocks und Eileiters. Fixirte Rückwärtslagerung der Gebärmutter kann dabei vorhanden sein oder nicht. Die Operation, die B. verwendet, besteht in Faltung des Ligam. ovarii, so dass der Eierstock bis unter das Gebärmutterhorn gebracht wird. Die Operation ist angezeigt in der 1. Gruppe, wenn bei primärem Eierstockvorfall Dyspareunie und dauernde Schmerzen vorhanden sind. In der 2. Gruppe ist eine gewisse Anzahl von Frauen durch Aufrichtung der Gebärmutter und Ringbehandlung heilbar. Wenn aber trotz der Aufrichtung der Vorfall der Eierstöcke bestehen bleibt, ist die Verkürzung des Eierstockbandes zusammen mit der Anheftung der Gebärmutter an der vorderen Bauchwand angezeigt. Letztere Operation allein genügt nicht, weil durch sie der Eierstock vom Beckenboden gehoben wird und durch die freischwebende Lage der schon geschwächte Bandapparat noch mehr gedehnt wird.

In der 3. Gruppe von Fällen empfiehlt B. vor Allem eine conservative Behandlung. Wenn die Eileiter entfernt werden, sollen die Eierstöcke, wenn möglich, erhalten werden. Es ist aber nothwendig, um cystische Entartung zu verhüten, sie von dem erkrankten Bauchfell zu entfernen. B. empfiehlt deshalb die Verkürzung der Eierstockbänder und die Anheftung der Gebärmutter an die Bauchwand, um eine Rückwärtslagerung zu verhüten.

J. Praeger (Chemnitz).

153. **Vaginale Operation des Descensus ovariorum;** von Dr. H. Rese. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 23. 1907.)

Entgegen Sänger hat R. auch eine abnorme Länge des Lig. ovarii *proprium* beobachtet, nicht nur des Lig. suspensorium. Er schlägt nun vor, auf *vaginalem* Wege die Ligg. ovarii propria zu verkürzen und die vordere Kolpotomie durch Vaginifixur zu beschliessen. Anschliessend betont R. gegen Döderlein-Krönig, dass der vaginalen keilförmigen Tubenexcision die Gefahr der Nachblutung genommen wird, wenn man zunächst die Tuben 1—1½ cm vom Uterus entfernt unterbindet und durchschneidet und dann unterhalb des kleinen uterinen Tubenstumpfes eine das Stückchen Ligament und angrenzende Uteruspartie fassende Umstechungsnaht legt, die den zuführenden Ast der Uterina abschliesst. R. hat so einen Kranken mit Descensus ovarii mit 1½jähr. gutem Erfolge, wie oben dargelegt, operirt. Bedingung ist völlige oder wenig beschränkte Beweglichkeit der Ovarien; sonst Laparotomie.

R. Klien (Leipzig).

154. **Beiträge zur Aetiologie und zur Klinik der Graviditätstoxikosen** *(Cholämie, Eklampsie, Hyperemese);* von Dr. J. Hofbauer in Königsberg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 2. p. 200. 1907.)

H. berücksichtigt vornehmlich die Störungen eines einzelnen Organs, nämlich der Leber, weil diese als „Centralstelle des Stoffwechsels" eine hervorragende Sonderstellung unter allen Organen einnimmt. Da das Gebiet der Autointoxikationen ein wesentlich chemisches ist, kommt für die hier abzuhandelnden Fragen nach H. vorwiegend die physiologische und pathologische Chemie in Betracht. Ohne chemische Grundlage würden die sich hier abspielenden Vorgänge fast unverständlich bleiben, aber auch Processe mit deutlicher pathologisch-anatomischer Grundlage werden mit Zuhülfenahme chemischer Analyse wesentlich klarer und durchsichtiger. „Die Störung der Organfunktion verursacht die Intoxikation; und diese Aenderung der Funktion kennzeichnet sich in ihrer Beeinflussung des gesammten Stoffhaushaltes, dessen Alterationen demnach mit Bezug auf das einzelne

Organ sowohl, als in ihrer Gesammtheit zu ergründen sind, sie spiegelt sich aber auch mehr oder minder hochgradig in dem von der Norm differirenden anatomischen Bilde wieder."

H. hatte Gelegenheit, 4mal völlig einwandfreie Lebern zu untersuchen; 2mal handelte es sich um Mehrgebärende am Ende der Gravidität, im 3. Falle um eine Erstgebärende, die in den ersten Wochenbetttagen an Embolie zu Grunde gegangen war, und im 4. Falle um eine an Verblutung während der Geburt verstorbene Erstgebärende. Das anatomische Bild der *„Schwangerschaftsleber"* charakterisirt H. folgendermaassen in seinen Hauptzügen: Fettinfiltration in den centralen Acinusabschnitten und Glykogenmangel daselbst, Gallenstauung mit consekutiver Pigmentablagerung in den inneren Läppchenbezirken und Erweiterung der Gallencapillaren, Ektasie der Centralvenen und der zuführenden Capillaren. Unter dem Begriffe der *„Cholämie"* fasst Ziegler diejenigen Alterationen zusammen, die dadurch hervorgerufen werden, dass die Abscheidung der Galle aus der Leber durch irgend welche pathologische Zustände innerhalb der Gallenwege oder der Leber verhindert oder erschwert ist. Eine solche Cholämie besteht nach H. stets in der letzten Zeit der Schwangerschaft.

Weiterhin wurden von H. die Lebern von 6 verstorbenen Eklamptischen verarbeitet; es wurden folgende chemische Körper dabei gefunden und dargestellt: Ameisensäure, Milchsäure, Bernsteinsäure, Tyrosin, Glykokoll und in sehr geringen Mengen Albumosen. Hieraus konnte geschlossen werden, dass durch die Eklampsie eine Zerstörung von Organ-, bez. von Lebersubstanz in Scene gesetzt wird, analog der, wie wir sie im Brutschrank künstlich hervorrufen können, wenn wir einem Thiere unter aseptischen Cautelen die Leber entfernen und sie in Stücken in sterile Kochsalzlösung bringen und nun der Autolyse unterwerfen. Es wäre demnach die Pathologie der *Eklampsie* in Bezug auf die eintretenden Leberveränderungen in dieser Richtung nach H. zu definiren als *akut einsetzende, partielle intravitale Leberautolyse.*

Die histologischen Veränderungen der Organe von Eklamptischen bringt H. auf Grund von experimentellen Forschungen in Beziehung mit der Thätigkeit biologisch wirksamer, in den maternen Kreislauf abnormer Weise gelangender Fermentcomplexe. Die Fermente werden als Protoplasmagifte, als echte Cytotoxine angesprochen; die autolytischen Vorgänge im Bereiche der Leberzelle werden durch diese bestimmten, mit dem Blute zugeführten specifischen Colloide beeinflusst. Diese Fermente entstammen der Placenta: *„Der Symptomencomplex der Eklampsie ist demnach ausgelöst durch eine von der Placenta stammende Fermentintoxikation."*

Von principieller Bedeutung ist es, dass die Leberschädigung, die bei der Eklampsie eintritt, ein Organ betrifft, das schon a limine gewisse anatomische und funktionelle Veränderungen aufweist. Für die klinische Beurtheilung ist das Phänomen von Druck in der Lebergegend als prämonitorisches Symptom der Eklampsie von Wichtigkeit. Therapeutisch wird man die Frühoperation dringend befürworten müssen. Forcirtes Drücken und Massiren am Uterus behufs Expression der Placenta ist zu vermeiden, um nicht dadurch Zottenbestandtheile in die Blutbahn hineinzupressen. Die Placenta muss auf das Genaueste auf Vollständigkeit untersucht werden, damit nicht kleine zurückgebliebene Reste den Fortgang der Intoxikation bedingen. Chloroform ist bei der Narkose möglichst zu vermeiden, eventuell in Verbindung mit Sauerstoff anzuwenden. Wo keine Symptome von Bronchitis oder beginnendem Lungenödem vorhanden sind, empfiehlt H. die ausschliessliche Anwendung des Aethers.

Auch bei *Hyperemesis* sind nach H.'s Untersuchungen charakteristische Leberveränderungen vorhanden. H. fasst die Leberbefunde zusammen als starke, besonders die innere Läppchenhälfte betreffende Fettinfiltration, in der Acinusperipherie besteht akute parenchymatöse Hepatitis, ausserdem findet man Gefässektasie und Blutungen in das Lebergewebe und vereinzelte Zellennekrosen. Die Rarefication des Zellenplasma, die an der Leber bei der normalen Schwangerschaft nur im Centrum des Läppchens bemerkbar wird, ist bei der Hyperemese bis an die äusserste Zone des Acinus vorgedrungen, die Fetteinlagerung in das Leberparenchym ist bis zu den höchsten Graden fortgeschritten. Auffallend war H. ausserdem der von ihm bei Hyperemesis beobachtete Glykogenmangel in der Placenta.

Mit Hysterie hat die Hyperemesis gar nichts zu thun. Therapeutisch empfiehlt H., bei Hyperemesispatientinnen mit der Anwendung von Narkoticis sehr vorsichtig zu sein und diese nach Möglichkeit ganz zu vermeiden.

Um den Grad der Funktionfähigkeit der Leber bei Hyperemesis festzustellen, empfiehlt H. die Lävuloseprobe nach Strauss. Wird nach Darreichung von 60 g Lävulose Zucker ausgeschieden, so räth H. mit der Unterbrechung der Schwangerschaft nicht länger zu warten.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

155. **Zur Aetiologie der Hyperemesis gravidarum;** von G. Winter. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 48. 1907.)

Die Fälle mehren sich, in denen bei an Hyperemesis gravidarum Verstorbenen *pathologisch-anatomische* Veränderungen nachgewiesen werden: Fettige Degeneration der centralen Partien der Leberacini und der Nierenepithelien. Einen solchen Fall erlebte auch W. Man kann nicht anders, als diese Veränderungen auf eine Intoxikation zurückzuführen. Die Frauen sind nicht an Inanition zu Grunde gegangen; dagegen haben sie eine Reihe von Erscheinungen gezeigt, die zwanglos auf toxische Einflüsse zurückzuführen sind: Arrhyth-

mie, psychische Alterationen maniakalischer Art; Albuminurie, Ikterus, Fieber bis 40°, letztere Erscheinungen kurz vor dem Tode. W. giebt nun für die ganze Frage der Aetiologie der Hyperemesis gravidarum eine anschauliche Lösung, indem er sagt: Die Erkrankung *beginnt* stets als reine *Reflexneurose;* kommt sie aber in diesem Stadium *nicht* zur *Heilung*, so kann sie durch *Schädigung der Leberfunktion* und der Nierenthätigkeit eine *Retention von Schwangerschaftgiften* zur Folge haben, die zur tödtlichen *Intoxikation* führt. Leider ist es zur Zeit schwer, fast unmöglich, den Zeitpunkt der eintretenden gefährlichen Intoxikation klinisch zu erkennen. In diesem Momente ist nämlich durch die sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft die Gefahr noch abzuwenden; andererseits kann in wenigen Tagen nach Ueberschreiten des Termins der Tod eintreten. Vielleicht giebt später einmal die Ammoniakbestimmung des Harns oder die Strauss'sche Lävuloseprobe einen sicheren Anhalt. R. Klien (Leipzig).

156. **Rapport de la tuberculose laryngée et de la grossesse;** par le Dr. E. Barthas. (Thèse de Paris 1907.)

Die Lokalisation der Tuberkulose im Larynx bei bereits tuberkulösen Frauen, ist während der Schwangerschaft keine seltene Erscheinung und man muss sagen, dass es sich da immer um eine schwere Complikation handelt. In Folge der Schwangerschaft hat die Larynxtuberkulose einen viel schwereren und rascheren Verlauf, sie bewirkt in vielen Fällen Abortus oder Fehlgeburt und nach stattgehabter Geburt ist oft der Verlauf der Kehlkopferkrankung ein rapider. Die Sterblichkeit der Kinder ist eine grosse, doch können auch vollkommen gesunde und lebensfähige Kinder zur Welt gebracht werden. Die künstliche Einleitung des Abortus hat auf die Krankheit keine verlangsamende Wirkung, während die künstliche Frühgeburt sogar das Ende beschleunigen kann. Es ist also rathsam, hiervon abzusehen und die Schwangere durch kräftige Ernährung und roborirende Medikation über das normale Ende der Schwangerschaft hinüber zu bringen. E. Toff (Braila).

157. **De l'hydramnios précoce à marche rapide;** par le Dr. Planchu, Lyon. (Lyon méd. CX. p. 637. Mars 22. 1908.)

P. definirt den im Titel bezeichneten krankhaften Zustand als rasche Zunahme der Amnionflüssigkeit in der Uterushöhle während der ersten Schwangerschaftmonate. Es handelt sich dabei fast immer um Zwillinge und um vorzeitige spontane oder künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.

Pl. theilt eine eigene Beobachtung mit.

29jähr., in ihrer 2. Schwangerschaft stehende Frau. Letzte Regel 11. Januar 1906. Vom 25. Februar an bedeutende Zunahme des Leibesumfanges. Am 8. Juni, also im 5. Monate der Schwangerschaft, stand der Fundus uteri in der Höhe der falschen Rippen. Athemnoth bei der geringsten Bewegung. Am 16. Juni weitere Ausdehnung des Uterus, Höhe des Fundus 44 cm, Leibesumfang in Nabelhöhe 99 cm. Bevor es zur Ausführung der Absicht, die Schwangerschaft künstlich zu unterbrechen, gekommen war, traten spontan Wehen auf. 16 Stunden nach dem Wehenbeginn wurde die Blase gesprengt, es entleerten sich 6800 ccm klaren, citronengelben Fruchtwassers. ½ Stunde später spontaner Austritt eines todten, 470 g schweren Foetus; nach einer weiteren Viertelstunde Austritt eines zweiten todten Foetus von 340 g. Es handelte sich um eineiige Zwillinge. Placenta 410 g schwer.

Pl. fand in der Literatur 32 analoge Fälle von akutem Hydramnion. Das akute Hydramnion ist relativ selten; unter 623 Hydramnionfällen fand Sion nur 8 Fälle von akutem Hydramnion.

Syphilis spielt keine Rolle beim akuten Hydramnion. Bedingung ist dagegen offenbar eineiige Zwillingsschwangerschaft und die dabei bestehende enge Vereinigung der Cirkulation beider Früchte. Die Differentialdiagnose zwischen Hydramnion, Blasenmole und Ovarialkystom bei gleichzeitiger Schwangerschaft ist oft nicht leicht zu stellen. Die Punktion von den Bauchdecken aus verwirft P. und bevorzugt die Punktion der Blase durch den Cervikalkanal auch zum Zwecke der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

158. **Das akute primäre Hydramnion;** von Dr. M. Cohn in Bukarest. (Revue de Chir. p. 507. 1907.)

C. giebt die Krankengeschichte zweier Fälle aus der Bukarester Gebärklinik, in denen es sich um ein akutes, primäres Hydramnion von grossem Umfange, in Verbindung mit Zwillingsschwangerschaft gehandelt hat. In beiden Fällen erfolgte die Geburt vorzeitig im 6. Monate, und zwar in dem einen spontan und in dem anderen künstlich durch Dilatation des Collum und Perforirung der Membranen, ein Eingriff der aus Indicatio vitalis ausgeführt werden musste. Die Flüssigkeitmenge, die sich aus der Gebärmutter entleerte, betrug in dem einen Falle 6 und in dem anderen 12 Liter, während die normale Menge der amniotischen Flüssigkeit etwa 500 g ausmacht.

Das akute primäre Hydramnion ist keine allzu häufige Erscheinung und die Statistiken verschiedener Anstalten zeigen grosse Abweichungen; eine frühere Statistik der Bukarester Gebäranstalt zeigt 10 derartige Fälle unter 4762 normalen Geburten. doch darf nicht vergessen werden, dass unter diesen Fällen auch leichtere Grade von Hydramnion verzeichnet sind, während so stark ausgeprägte, wie die oben erwähnten, als grosse Seltenheiten bezeichnet werden müssen. Das Charakteristische des akuten primären Hydramnion ist, dass es in einer frühen Epoche der Schwangerschaft auftritt und dann rasch an Umfang zunimmt, so dass in den schwereren Fällen entweder die Schwangerschaft von selbst durch Abortus endigt, oder durch Kunsthülfe beendigt werden muss. In zahlreichen Fällen findet man Zwillingsschwangerschaft.

Die richtige Behandlung ist es, falls Gefahr für das mütterliche Leben besteht, die Eihäute zu perforiren, nachdem man vorher durch mehrfache heisse Duschen das Collum erweicht und dann mit den Fingern erweitert hat. E. Toff (Braila).

159. **Eine seltene Einklemmung des graviden Uterus.** *Nebst Bemerkungen über Ursachen und Hindernisse der Selbstaufrichtung;* von Dr. H. Cramer in Bonn a. Rh. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 2. p. 275. 1907.)

Cr. theilt eine Beobachtung von echter partieller Einklemmung des circa 24 Wochen graviden Uterus mit.

26jähr. Frau, 2. Gravidität. Blase bis zum Nabel gefüllt. Das hintere Scheidengewölbe maximal bis an die Vulva durch einen prall elastischen Tumor vorgewölbt, der das ganze kleine Becken ausfüllte. Auf der Kuppe der Vorwölbung ein zerfetztes Loch, das von vorausgegangenen Versuchen, die Geschwulst zu entleeren, herrührte. Mit elastischem Katheter wurden 2 Liter klaren Urins entleert. Man fühlte danach den graviden Uterus in einer etwa dem 4. Schwangerschaftmonat entsprechenden Grösse über dem Beckeneingange, von dem Tumor des kleinen Beckens nicht abgrenzbar. Aufrichtungsversuche von der Scheide aus waren ohne Erfolg. Deshalb Laparotomie. Die Austastung ergab Incarceratio uteri gravidi partialis mit einer Torsion um 90°. Versuche mit der in den Douglas'schen Raum eingeführten Hand den Uterus direkt aus dem Becken zu heben, misslangen ebenfalls. C. wälzte deshalb den Uterus mit der vorliegenden linken Kante aus dem Bauche heraus und nun folgte, indem Cr. den vorliegenden Theil vor den Bauchdecken antetlektirte, plötzlich unter lautem gurrendem Geräusch, wie von nachstürzender Luft, die im Becken eingeklemmte rechte Uteruspartie. Bauchnaht. 10 Stunden später spontane Geburt eines 32 cm langen lebenden Knaben, der nach 1 Stunde starb. Glattes Puerperium.

Cr. bespricht die Frage der Selbstaufrichtung des Uterus. Er schliesst sich der Erklärung an, dass der Uterus nach totaler Ausfüllung des kleinen Beckens in der Richtung des geringsten Widerstandes, also nach dem Beckeneingange und nach oben sich weiter ausdehnt. Dabei gleitet schliesslich der im kleinen Becken gelegene Theil ebenfalls nach oben heraus.

Zum Schluss macht C. noch auf ein wesentliches Hinderniss der Aufrichtung aufmerksam, nämlich den Atmosphärendruck, der den Uterus festhalten muss, wenn dieser den Peritonäalsack des kleinen Beckens innig ausfüllt. Durch Ausschaltung des Atmosphärendruckes wird die Aufrichtung des Uterus ganz wesentlich erleichtert.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

160. **Ueber verschleppte Querlagen und Decapitation;** von Dr. J. Wernitz in Odessa. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 46. 1907.)

W. zieht es bei *unbeweglicher* Schulter vor, den vorgefallenen Arm im Schultergelenk zu exarticuliren und nun die Eventration der Brusthöhle mit folgender Durchschneidung der Wirbelsäule mittels starker Scheere und unter Leitung des Auges vorzunehmen. Die Extraktion erfolgt conduplicato corpore oder in 2, bez. 3 getrennten Theilen. Eventuell kann man auch die vorliegende Schulter mit einer Klauenzange so dirigiren, dass man mit der Scheere zum Halse kommt. Die Weichtheile der Mutter werden dabei möglichst geschont. 4 Geburtgeschichten werden angeführt: 3 mit vollem Erfolge, 1 mit folgender septischer Endometritis, die aber nicht Folge des Eingriffes war.

R. Klien (Leipzig).

161. **Zur prophylaktischen Armlösung bei der Wendung. Ein Fall von Luftembolie während der Geburt;** von Dr. K. Apfelstodt. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 23. 1907.)

Die Erleichterung der Extraktion durch Vorwegnahme der Lösung des erston Armes schon bei der Wendung, ist nach A. erheblich; Frakturen des Oberarmes sollen ausgeschlossen sein; die Extraktion erfordere bedeutend kürzere Zeit als früher, wodurch Asphyxie und Erstickung der Kinder seltener werden müssten. Während A. die Methode bisher auf Grund eigener Erfahrung nur für Schieflagen empfahl, ist er jetzt geneigt, dies auch für Kopflagen, bei denen gewendet werden muss, auf Grund eines ausführlich beschriebenen Falles zu thun, in dem es in Folge anscheinend totaler Ablösung der tiefsitzenden Placenta nach Muttermundincisionen und Umlegen der Frau aus dem Quer- in's Längsbett zur Luftembolie gekommen war.

R. Klien (Leipzig).

162. **Die örtlichen Verschiedenheiten der Zwillingshäufigkeit und deren Ursachen;** von Dr. F. Prinzing in Ulm. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LX. 3. p. 420. 1907.)

Die Häufigkeit der Mehrlingschwangerschaft zeigt nach P. in den einzelnen europäischen Ländern beträchtliche Verschiedenheiten. P. hat amtliches Material hierüber, das zum Theil schon veröffentlicht war, zum anderen Theil ihm aber von den statistischen Aemtern zur Verfügung gestellt wurde, tabellarisch zusammengestellt.

Nach dieser Tabelle haben die höchsten Mehrgeburtenziffern die skandinavischen Länder, Finland und Ungarn, mittelhohe Ziffern haben Deutschland, Oesterreich, Schweiz, Niederlande, etwas kleinere Russland, kleine dagegen haben Belgien, Frankreich, Spanien, Italien und Rumänien. Es kamen demnach Mehrgeburten am spärlichsten bei den Romanen vor, etwas häufiger bei den Slawen, am häufigsten bei den Ungarn, Finnen und Germanen. Auch wenn die Zwillingshäufigkeit in den einzelnen Ländern verfolgt wird, so ergiebt sich überall eine grössere Mehrgeburtenziffer bei den Germanen und in den Landestheilen, in denen die Bevölkerung am meisten mit germanischem Blute vermischt ist.

Ueber die Ursachen der Verschiedenheit der Mehrgeburtenziffern kommt P. zu folgendem Schlussergebniss: Die Höhe der Fruchtbarkeit ist ohne Einfluss auf die Mehrlingshäufigkeit. Die Verschiedenheiten im Procentsatz geburtenreicher Frauen und älterer Mütter genügen für sich nicht zur Erklärung der örtlichen Unterschiede in den Mehrgeburtenziffern. Man muss daher annehmen, dass die Zahl der Frauen, die Neigung zu Mehrgeburt haben, bei den einzelnen Rassen und Volkstämmen verschieden gross ist. Wahrscheinlich ist das Auftreten dieser Neigung als Variation aufzufassen. Wichtig für die Constanz der Mehrgeburtenziffern ist die Thatsache, dass die Varietät sich häufig als solche vererbt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

163. **Die Häufigkeit der eineiigen Zwillinge nach dem Alter der Mutter und nach der Geburtenfolge;** von Dr. Friedrich Prin-

zing in Ulm. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 2. p. 296. 1907.)

Pr. benutzte als statistisches Material einerseits ihm direkt von den Universitätkliniken in Graz, Innsbruck, Kiel, Prag, Tübingen, Wien und Würzburg zugekommene Mittheilungen, andererseits die zumeist in Dissertationen schon veröffentlichten Fälle von Breslau, Freiburg, Halle, Jena, Königsberg, Leipzig, Marburg und München. Es standen ihm so im Ganzen 1887 Einzelfälle für seine Berechnungen zur Verfügung; hiervon waren Pärchen, also sicher zweieiig 698 Kinder oder 36.9%, gleichgeschlechtig zweieiig 504 oder 26.7%, gleichgeschlechtig eineiig 368 oder 19.6%, gleichgeschlechtig mit unsicherer Eizahl 317 oder 16.8%.

Pr. zieht folgende Schlussfolgerungen: Die Zahl der eineiigen Zwillinge beträgt in Deutschland etwas mehr als ein Viertel aller Zwillinge; der Procentsatz der Pärchen unter den Zwillingen nimmt mit dem Alter der Mutter zu, während die Zahl der vorangegangenen Geburten im Allgemeinen fast ohne Einfluss auf diesen Procentsatz ist; nur wenn sehr viele Niederkünfte vorhergegangen sind, vermindert er sich etwas. Dementsprechend nimmt der Procentsatz der Eineiigen unter den Zwillingen mit dem Alter der Mutter ab, während die Geburteufolge keinen Einfluss zeigt, ausgenommen, dass bei sehr vielen vorausgegangenen Geburten der Procentsatz der Eineiigen steigt.

Ob der Procentsatz der eineiigen Geburten bei anderen Völkern derselbe ist wie in Deutschland, ist nach Pr. nicht sicher bekannt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

164. **Spätgeburt;** von B. S. Schultze in Jena. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXV. 5. p. 571. 1907.)

Zweifellos steht fest, dass bei manchen Embryonen die letzte eingetretene Menstruationblutung, bei anderen die orste ausbleibende als Zeitpunkt für den Beginn ihrer Entwickelung anzusehen ist. Aus dem Gewicht und der Grösse der einzelnen Neugeborenen das Alter zu bestimmen, ist nur mit Vorsicht möglich, aus besonderer Grösse auf Spätgeburt zu schliessen, ist bedenklich. Den Beweis dafür, dass ein Kind länger als 300 Tage sich fortentwickelnd im Uterus verweilen kann, hält Sch. noch nicht für erbracht. Man muss immer bei vermeintlichen Spätgeburten nicht die letzte dagewesene, sondern die erste ausbleibende Periode als Schwangerschaftbeginn rechnen.

Von grosser Bedeutung sind diese Fragen für die §§ 1592 1593 des Bürgerlichen Gesetzbuches, die als Empfängnisszeit die Zeit vom einhundertneunundachtzigsten bis zum dreihundertundzweiten Tage festlegen, und deren Aenderung von Manchen erstrebt wird. Sch. wünscht diese nicht. Denn einerseits giebt das Gesetz die Möglichkeit für den sachverständigen Nachweis der Spätgeburt zu Gunsten von Mutter und Kind. Andererseits würde aber durch eine Verlängerung der festgesetzten Empfängnisszeit die Ermittelung des unehelichen Vaters auf noch grössere Schwierigkeiten stossen als bisher.

Gustav Bamberg (Berlin).

165. **Ein Beitrag zur Statistik der Säuglingsmorbidität;** von Hans Risel. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 34. 1907.)

Es wird die Statistik der Säuglingstation verglichen mit der Statistik der in den anderen Abtheilungen der Leipziger Kinderklinik behandelten Säuglinge. Dabei ergiebt sich: Die Zahlen der Aufnahmen und Todesfälle der Säuglingstation, dagegen nicht die entsprechenden Zahlen der Säuglinge der anderen Stationen, sind von der hohen Sommermorbidität abhängig. Es starben 55.2% Aufgenommene der Säuglingstation, dagegen nur 35.04% Säuglinge der übrigen Stationen, obgleich die durchschnittliche Verpflegungdauer in der Säuglingstation nur 11.99, der Säuglinge in den anderen Stationen aber 20.34 Tage beträgt. Das Durchschnittkörpergewicht in den einzelnen Monaten ist auf der Säuglingstation am niedrigsten, etwas höher bei den Säuglingen der übrigen Abtheilungen, beide Gruppen bleiben aber weit hinter dem Normalgewicht zurück.

Neumark (Dresden).

166. **Ueber die Behandlung der angeborenen Lebensschwäche;** von Meinhard Pfaundler. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 29—31. 1907.)

Von 104 in den ersten 14 Lebenstagen mit einem Körpergewicht von unter 2500 g in der Krankenabtheilung für steiermärkische Findelkinder zu Graz aufgenommenen Säuglingen, nach Ausscheidung der Kinder mit erworbener Lebensschwäche, waren nach mehreren Jahren am Leben 73 = 70.2%. Danach ist „die Sterblichkeit unter den ‚geheilt' entlassenen Debilen wohl kaum erheblich grösser als jene unter normal Geborenen bei gleichen äusseren Umständen (illegitime Kostkinder)." Aus der Statistik „ist ferner der Einfluss hereditärer Momente und die prognostische Bedeutung des Verhaltens der Kinder in der ersten Lebenszeit, sowie die Abhängigkeit der Erhaltungchancen von dem Verhalten der Körpertemperatur, des Geburtgewichtes und der Körperlänge ersichtlich."

Die Therapie hat die Kraftausgaben des Säuglings zu verringern (physikalische Therapie), die Einnahmen zu mehren (diätetische Therapie). Verringerung der Kraftausgabe, d. h. vor allem der Wärmeabgabe wird erzielt durch geeignete Kleidung, am besten aber durch das constante, warme, feuchte Luftbad, die sogenannte Couvense. Die Diätetik hat den Hauptwerth auf natürliche Ernährung zu legen. Bei mangelnder Saugfähigkeit ist für zweckmässige Brustentleerung zu sorgen. Die üblichen Milchpumpen sind nicht besonders geeignet. Es muss „sich ein der Melkung ähn-

licher, für die mütterliche Brust geeigneter Modus der Entleerung finden lassen, der den vom Kinde geübten Mechanismus besser nachahmt, als es die Milchpumpe vermag, der vor allem zu einem, wie es scheint, wesentlichen Effekt des kindlichen Saugens führt, nämlich zur Warzenerektion." Für das Kind kommt noch in Betracht Sondenfütterung und „temporärer Kinderaustausch": „die Wöchnerin stillt ein älteres, kräftiges Kind, dessen Mutter das debile übernimmt." Das 3. wichtige Moment neben Wärmeökonomie und Diätetik ist die sorgfältige Pflege des schwachen Kindes. Bei Beobachtung der genannten Forderungen wird sich die Sterblichkeit in den ersten Lebenswochen weiter vermindern lassen. Nenmark (Dresden).

167. **Ueber Stillpraxis und ihren Einfluss auf die Entwickelung des Kindes;** von Dr. Martin Nagel. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 20. 1908.)

Zur Frage der Stillfähigkeit; von Dr. H. Lenk. (Ebenda.)

Zwei Arbeiten, die kräftig für das Stillen eintreten. Nagel sieht darin unter u. A. den besten Schutz gegen das weitverbreitete thörichte Ueberfüttern der Kinder. Lenk zeigt durch eine Zusammenstellung aus der Prager Kinderklinik, dass doch immer noch mehr Frauen im Stande sind, ihre Kinder zu stillen, als man im Allgemeinen glaubt.
Dippe.

168. **Beobachtungen an stillenden Frauen;** von Dr. S. Jacobius. (Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 1 u. 2. p. 57. 1908.)

J. bestreitet zunächst die weitverbreitete Auffassung, dass die während der Menstruation der Mutter gebildete Milch dem Kinde schädlich sei. Man kann ruhig fortstillen lassen. Zweitens führt J. Beispiele dafür an, wie lange eine nicht benutzte Brust fortarbeitet und dass man die Brust auch nach langem Aussetzen des Stillens wieder zu einer kräftigen Absonderung anregen kann. Am besten geschieht das einfach durch häufiges Anlegen des Kindes (die dicke, gelbliche Milch, die nach einer längeren Stillpause kommt, ist dem Kinde ganz zuträglich). Genügt das nicht, so kann man durch kräftiges Saugen eines Erwachsenen (der Mutter selbst mittels Warzenhütchen und Gummischlauch) einen stärkeren Reiz ausüben.
Dippe.

169. **Die Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten;** von Dr. Zangemeister. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 6. 1908.)

Z. warnt nach den Erfahrungen der Königsberger Frauenklinik vor der Anwendung der Saugapparate bei frischer puerperaler Mastitis. Er meint, die Gefahr der Vereiterung werde erhöht. Ist ein Abscess entstanden und schreitet die Entzündung nicht mehr weiter, dann ist die Anwendung der Apparate insofern nützlich, als man mit ihrer Hülfe mit sehr kleinen (Stich-) Einschnitten auskommt.
Dippe.

170. **Erfahrungen über Brustdrüsenentzündungen, insbesondere ihre Behandlung mit Bier'scher Hyperämie;** von Dr. F. Heinsius und Dr. W. Lissauer. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 51. 1907.)

Bericht über 24 Kr. mit Mastitis, die mittels Bier'scher Hyperämie behandelt wurden; die von anderer Seite erzielten günstigen Erfolge dieser Behandlung konnten bestätigt werden. Frische beginnende Mastitiden können mittels der Saugglasbehandlung coupirt werden; die Schmerzen werden gelindert und die Heilung wird wesentlich abgekürzt. Bei Abscedirung ist nur eine kleine Incision erforderlich. Nach erfolgter Heilung ist kosmetisch keine wesentliche Veränderung der Drüse vorhanden. Die Möglichkeit des Weiterstillens ist mit Sicherheit in vielen Fällen gegeben. Der einzige Nachtheil der Methode ist der, dass die ständige Ueberwachung durch den Arzt auch bei Abkürzung des Verfahrens einen immerhin etwas grösseren Zeitaufwand erfordert.
P. Wagner (Leipzig).

171. **Stauunghyperämie als ein die Milchsekretion beförderndes Mittel;** von Dr. Rudolf Th. Jaschke. (Med. Klinik IV. 8. 1908.)

In dem Bestreben, möglichst viele Neugeborene vor den Gefahren der „artfremden" Milch zu bewahren, hat J. versucht, durch systematische Behandlung der Brüste mit Stauunghyperämie eine genügende Milchsekretion auch in solchen Fällen zu erzielen, in denen bisher zu gemischter oder selbst rein künstlicher Ernährung gegriffen werden musste. Zur Erprobung der Leistungfähigkeit dieses Verfahrens hat J. zunächst nur solche Frauen ausgewählt, bei denen vollständiger oder nahezu vollständiger Milchmangel bestand, besonders bei Multiparen, die früher nie hatten stillen können. Die *Erfolge* waren so *gute* und eindeutige, dass J. die Hoffnung ausspricht, dass man durch verfeinerte Indikationstellung vielleicht dahin gelangen könnte, die rein künstliche Ernährung ganz zu entbehren. Einen gänzlichen Misserfolg hat J. nie gehabt; in 2 Fällen war der Erfolg gering, doch konnte auch in diesen ohne „Soxhlet" ausgekommen werden. 20—40 g, ja 50—60 g bekamen die Kinder von ihrer gestauten Mutter, danach wurden sie noch bei anderen Müttern angelegt. Sehr bewährt hat sich die Stauung auch bei den *Schlupf-* oder *Nabelwarzen,* die früher einfach unbrauchbar waren. Ferner erblickt J. in der Stauungbehandlung ein werthvolles *Prophylaktikum gegen Mastitis.* In der ganzen Zeit der Stauungbehandlung kam kein Fall von Mastitis zur Beobachtung. Die Stauung soll immer *zwischen* den Anlegezeiten 2—3 Stunden vor dem nächsten Stillen vorgenommen werden.

Die Dauer muss individualisirt werden; je schwerer der Fall desto länger. Die ersto Stauung soll als Orientirungversuch aufgefasst und nicht über 15 Minuten ausgedehnt werden. In den folgenden Sitzungen wird 15—20—30 Minuten gestaut. Zweckmässig wird über 2—3 Sitzungen pro Tag nicht hinausgegangen. Am schwierigsten ist die *Stärke* zu bemessen, wenigstens bei den ersten Stauungen. Später hat J. als Maassstab das Hervorspritzen der Milch in mehreren feinen Strahlen genommen. R. Klion (Leipzig).

172. **Contribution à l'étude de l'allaitement maternel;** par le Dr. L. Boissonnas, Genève. (Arch. de Méd. des Enf. p. 312. Mai 1908.)

Untersuchungen, um die Menge von Milch, die ein Säugling bei jeder Mahlzeit aufnimmt, festzustellen, sind öfters gemacht, doch sind bei den meisten die Versuche nicht genügend lange Zeit fortgesetzt worden. In anderen Fällen handelte es sich wieder um vorzeitig geborene Kinder, so dass die erzielten Resultate nicht auf normale Verhältnisse Anwendung finden konnten.

B. hat nun bei einem normal entwickelten Kinde weiblichen Geschlechtes vor und nach jedesmaligem Saugen durch 264 Tage regelmässige Wägungen vorgenommen und diese dann auch während 70 Tagen, bei gemischter Nahrung, bis zur Entwöhnung fortgesetzt. Die Anzahl der Mahlzeiten betrug, mit Ausnahme der letzten 6 Wochen, 6 pro Tag.

Die Menge der jedesmal getrunkenen Milch stieg rasch während der ersten 3 Wochen auf 172 g pro Kilogramm Körpergewicht und sank dann in regelmässiger Weise bis zum Ende des 1. Lebensjahres. In der 26. Woche betrug sie 140 g, in der 52. Woche 120 g und in der 53. Woche 111 g durchschnittlich. E. Toff (Braila).

173. **Ueber das habituelle Erbrechen der Säuglinge („Speikinder");** von Dr. Julius Peiser. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 29. 1907.)

Habituelles Erbrechen wird unter verschiedenen Umständen bei den Säuglingen beobachtet. Es kommt bei gut gedeihenden Brustkindern vor, die zu viel trinken, und hat hier gewissermaassen die Bedeutung eines Selbstschutzes. Weiter wird es aber auch bei natürlich und künstlich ohne gröbere Verstösse gegen die Diätetik ernährten Säuglingen beobachtet. Es pflegt alsdann im 2. Lebenshalbjahre allmählich von selbst aufzuhören. Es handelt sich dabei um neuropathisch veranlagte, nervöse Kinder, die schreckhaft sind, einen sehr leisen Schlaf haben und sich durch leicht erregbare Vasomotoren auszeichnen. Der Tonus der Muskulatur ist erhöht, die Bauchdecken sind straff, hart. Die Kinder stellen sich frühzeitig auf die Beine, können aber nicht sitzen. Bei Erregung kommt es leicht zu Laryngospasmus. Dabei gedeihen die Kinder immerhin leidlich. In einer 3. Reihe von Fällen gedeihen die Kinder nur kümmerlich. Das Erbrechen erfolgt langsam, nicht im Strahl, bei leiser Bewegung oder Druck auf den Magen, meist längere Zeit nach dem Trinken. Hier handelt es sich um Atonia ventriculi. Bei einer 4. Kategorie von Kindern ist das habituelle Erbrechen das sichtbare Zeichen einer noch nicht ausgeglichenen Ernährungstörung, bei der das Milchfett schlecht vertragen wird. Hieran reihen sich die Kinder mit dem wohl charakterisirten Bilde der Pylorusstenose. Eine sehr seltene Ursache des habituellen Erbrechens bilden Darmverwachsungen in Folge fötaler Peritonitis. P. theilt eine hierher gehörige Beobachtung mit. Brückner (Dresden).

174. **Die angeborene Pylorusstenose und ihre Behandlung;** von C. E. Bloch in Kopenhagen. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XV. 3 u. 4. 1907.)

Bl. beschreibt 12 Säuglinge mit Pylorusstenose, die im Kopenhagener Kinderspital beobachtet wurden. 8 der Kr. wurden geheilt, 4 starben, darunter 2 nach Operation. Die Sektion von 2 nicht Operirten und eines geheilten, in Folge einer akuten Ernährungsstörung verstorbenen Kindes ergab eine verengerte, kanalförmige Pyloruspartie mit hypertrophischen Wänden und mässig verdickter Muskulatur des übrigen Magens. Bl. nimmt eine wirkliche Hypertrophie des Pylorus an. Er geht alsdann auf die Analyse der einzelnen Symptome ein, wonach er 2 Stadien der Krankheit unterscheidet, ein akutes und ein zweites durch eine in Folge der Stagnation des Mageninhaltes entstandene Gastritis ausgezeichnetes. Das ist von Wichtigkeit für die Behandlung. Im 1. Stadium hilft er sich mit dünnen Milchmischungen und Wasserdiät, beziehentlich einer dem Alter angepassten Kost. Im 2. Stadium soll man Magenspülungen machen und eine Nahrung reichen, die der Zersetzung nicht zugänglich ist, Brust- oder Buttermilch. Breimschläge hält Bl. nur für ein Palliativmittel. Das Wesen der Krankheit ist ein mit Hypertrophie der Muskulatur einhergehender Spasmus. Brückner (Dresden).

175. **Untersuchungen über die Pepsinsekretion des gesunden und kranken Säuglings;** von Dr. J. Rosenstern. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 11. 1908.)

„Die Pepsinmenge des gesunden, künstlich ernährten Säuglings steigt mit zunehmendem Alter etwa bis zum Ablauf des ersten Vierteljahres, um von da an eine constante Grösse zu bilden. Gesunde Brustkinder scheinen weniger Pepsin zu produciren als gesunde gleichalterige künstlich genährte Säuglinge. Die älteren untergewichtigen Säuglinge sondern die ihrem Alter entsprechende Pepsinmenge ab. Ernährungsstörungen beeinträchtigen die Pepsinsekretion nicht wesentlich. Nur bei der Decomposition scheint eine Verminderung der Pepsinmenge vorzukommen.

Auf Grund unserer Untersuchungen können wir der Anschauung derjenigen Autoren, welche dem Fermentmangel eine erhebliche symptomatische Bedeutung, oder gar eine ätiologische Rolle bei den Verdauungsstörungen der Säuglinge zuschreiben, wenigstens bez. der Pepsinsekretion nicht beipflichten." Dippe.

176. **Ueber Mehle und Mehlfütterungen bei Säuglingen und ihre Beziehungen zum Stoffwechsel**; von Dr. Hans Rietschel. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19. 1908.)

Vom 2. Monate an ist bei der künstlichen Ernährung der Zusatz eines Schleimes oder Mehles zur Milch (1—3% Abkochungen) unschädlich und unter Umständen von Nutzen. Letzteres namentlich bei dem „Milchnährschaden" Czerny's, jenem eigenthümlichen, wahrscheinlich auf einer Störung der Fettverdauung beruhenden Zustande, bei dem die Kinder trotz reichlicher Milchzufuhr atrophisch werden. Die ausschliessliche Darreichung von Mehlabkochungen, mit oder ohne Zucker, bei akuten Verdauungstörungen sollte nicht länger als 3—5 Tage durchgeführt werden, sie kann erhebliches Unheil anrichten. Vom 6. Monate ab vertragen die Kinder Mehl und Mehlspeisen auch in beträchtlicher Menge recht gut.

Bei zu langer Darreichung von Mehlabkochungen in frühen Monaten kommt es zu einem „Mehlnährschaden", der wahrscheinlich nicht nur auf dem Fehlen wichtiger Nährstoffe beruht, sondern auch auf besonderen Stoffwechselstörungen (Störungen im Wasser- und Salzhaushalte). Klinisch äussert sich der „Mehlnährschaden" in 3 Formen: rein atrophische, atrophisch-hydrämische und hypertonische (mit tetanischer Muskelstarre); die seltenste und schwerste Form. Formen, wie sie auch bei anderen Ernährungstörungen auftreten.

Die Prognose des Mehlnährschadens ist schlecht, am besten noch die der ersten Form. Das Mehl muss sofort weggelassen werden, der Uebergang zur Milchernährung auch zur Ammenbrust macht oft grosse Schwierigkeiten. Dippe.

177. **Ueber die Bedeutung der Seifenstühle im Säuglingsalter**; von Dr. Adolf P. Hecht. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 19. 1908.)

Seifenstühle treten bei Säuglingen dann auf, wenn eine mässige Störung der Fettresorption besteht, die Fettspaltung unbehindert, die Peristaltik nicht erheblich verstärkt ist, keine stärkere Säuerung und kein Katarrh vorhanden ist. Sie beweisen also nur das Vorliegen einer geringen, chronischen Störung in der Fettresorption. Tritt eine akute Darmerkrankung hinzu, so verschwinden die Seifenstühle und es zeigen sich andere fettreiche Ausleerungen. Dippe.

178. **Zur Erklärung des Auftretens grüner Stühle beim Säuglinge**; von Dr. A. Hecht. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 24. 1907.)

H. kommt zu folgenden Anschauungen über die Entstehung des grünen Farbstoffes in den Säuglingstühlen: „1) Von der Oxydase allein kann die Oxydationsstufe des Gallenfarbstoffes in den Säuglingsstühlen nicht abhängen. 2) Dem sehr schwankenden aber meist bedeutenden Reduktionsvermögen der Bakterien im Stuhle kommt ein wesentlicher Einfluss auf die Färbung desselben zu. 3) Die Oxydase kann gewiss nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn die Reduktionsprocesse so geringfügige sind, dass keinerlei Reduktionsprodukte des Gallenfarbstoffes auftreten. Nimmt das Reduktionsvermögen an Intensität zu, dann enthält der Stuhl bereits etwas reducirten Gallenfarbstoff, daneben aber vorwiegend Bilirubin. Die Darmbakterien behindern dann den Gallenfarbstoff an der Oxydation, sodass solche Stühle trotz ihres Gehaltes an Oxydase Bilirubin enthalten. 4) Wodurch die Interferenzwirkung zwischen Oxydation einerseits und Reduktion andererseits bedingt ist, darüber lassen sich gegenwärtig höchstens Vermuthungen anstellen." Brückner (Dresden).

179. **Les lavages intestinaux au vin rouge dans le traitement des diarrhées infantiles**; par le Dr. Fr. Heussay. (Arch. de Méd. des Enf. Avril 1908.)

H. beschreibt die guten Erfolge, die er mit Darmspülungen mit warmem, gekochtem, rothem Weine in Fällen von schweren Gastro-Enteritiden bei Kindern erzielt hat. Die verwendete Weinmenge betrug für eine Spülung 1—2 Liter und es wurden nach Bedarf auch 2—3 Spülungen pro Tag vorgenommen. Nimmt man den Wein nicht allzu alkoholreich und wird er vor der Benutzung gekocht, so ist eine ungünstige Einwirkung des Alkohols nicht zu befürchten. Das Mittel wirkt antiseptisch und adstringirend. Es ist überall leicht zu beschaffen und H. konnte auch da mit ihm gute Resultate erzielen, wo andere Mittel im Stiche gelassen hatten. E. Toff (Braila).

180. **Ophtalmo-réaction chez les enfants et en particulier chez les nourrissons**; par le Dr. Cassonte, Marseille. (Arch. de Méd. des Enf. p. 237. Avril 1908.)

C. hat eine Reihe von Untersuchungen vorgenommen, um mittels der Ocularreaktion ausfindig zu machen, ob die Neugeborenen latente Tuberkulose mit auf die Welt bringen, und ist zu dem Resultate gelangt, dass mit sehr seltenen Ausnahmen eine Tuberkulose nach der Geburt nicht ausfindig gemacht werden kann. Unter den 80 mit Instillationen von Tuberkulin-Test 1:100—200 untersuchten Kindern, zeigte nur ein einziges positive Reaktion, während bei 6 das Resultat ein unbestimmtes und bei den übrigen 73 sicher negativ war. Weitere Untersuchungen haben gezeigt, dass man mitunter bei ganz sicher tuberkulösen Kindern eine negative Ophthalmoreaktion erhält und wieder bei anderen, wo keine Tuberkulose nachweisbar ist, eine positive Reaktion beobachtet. Die Methode ist also nicht derart, dass man auf sie mit mathematischer Sicherheit bauen könnte, doch giebt sie in der Klinik werthvolle Fingerzeige. Fällt sie bei mehreremale hintereinander wiederholten Untersuchungen negativ aus, so kann mit einer gewissen Sicherheit Tuberkulose ausgeschlossen werden. Da, wo die Reaktion positiv ausfallt, muss erst eine spätere, eventuell Jahre lange Beobachtung darüber Aufschluss geben, ob sie recht gehabt hat, oder nicht. E. Toff (Braila).

181. **L'adénopathie trachéo-bronchique dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire chronique chez les enfants**; par le Dr. Charles Leroux. (Arch. de Méd. des Enf. Févr. 1908.)

L. hat, unterstützt von Labbé, Barret u. A., im Laufe von mehreren Jahren die klinische und radiosko-

pische Untersuchung von 500 Kindern durchgeführt und diese auch längere Zeit hindurch in Beobachtung gehalten. Er ist zu dem Schlusse gelangt, dass die Tuberkulose im Kindesalter auf zweierlei Art beginnen kann: 1) als Tuberkulose mit ganglionärem Anfange, die klinisch sich durch Veränderungen der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen kundgiebt und erst später die Lungenspitzen ergreift; 2) als Tuberkulose pulmonalen Ursprunges, die sich von Anfang an in den Lungenspitzen festsetzt und erst später auf die Lymphdrüsen der Trachea und der Bronchen übergreift. Die erstere Form spielt die Hauptrolle im frühen Kindesalter, während die zweite in der späteren Kindheit, meist zwischen 12 und 15 Jahren auftritt. In sehr vielen Fällen ist die Adenopathie einseitig und wird erst mit fortschreitendem Alter des Kindes doppelseitig, meist zwischen 6 und 10 Jahren. Das ist auch das Alter, in dem die ganglionäre Tuberkulose auf die Lungen übergreift. Der Verlauf der Drüsentuberkulose ist ein sehr wechselnder; eine Heilung konnte nur bei jenen Kindern beobachtet werden, die längere Zeit auf dem Lande oder an der Meeresküste gelebt hatten, doch ist auch diese Heilung meist nur eine klinische, ohne anatomische Sicherheit. Bleiben aber die Kinder in der Stadt unter ungünstigen hygieinischen Verhältnissen, so erhalten sich die tuberkulösen Drüsen Jahre lang und, gelegentlich, etwa im Verlaufe einer intercurrirenden Krankheit erfolgt die sekundäre Infektion: Meningitis, chirurgische oder pulmonale Tuberkulose. Das Auffinden der tuberkulös inficirten tracheo-bronchialen Lymphdrüsen ist also von Wichtigkeit, da diese der Heilung viel eher zugänglich sind, als die später auftretenden sekundären Erscheinungen. Namentlich ist der Aufenthalt an der Meeresküste in etwa 50% der Fälle von Erfolg. Bei cervikaler Adenopathie erzielt man sogar 75% Heilung. Um definitive Heilungen zu erzielen, muss auch der Aufenthalt ein entsprechend langer sein. E. Toff (Brala).

182. **Ueber Tuberkulose der platten Schädelknochen, mit besonderer Berücksichtigung der im Basler Kinderspitale vom Jahre 1869—1905 behandelten Fälle;** von Dr. Max Reber. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XV. 2. p. 129. 1907.)

R. konnte aus der Literatur 134 Beobachtungen von Tuberkulose der Schädelknochen sammeln, denen er 24 des Basler Kinderspitals aus den letzten 36 Jahren hinzufügt. Die Mehrzahl der Erkrankungen trat im 2. Lebensjahre auf, gleich häufig bei Knaben und Mädchen. Heredität und Trauma spielen bei der Entstehung eine wichtige Rolle. Schwere Allgemeininfektion ist für das Zustandekommen der Knochenerkrankung nicht unbedingt erforderlich. R. fand in seinem Materiale 3 Kranke, die neben der Knochenerkrankung keinen weiteren Herd aufwiesen. Am häufigsten wurde das Stirnbein, danach das Scheitelbein befallen. Am häufigsten ging der Process von der Diploë aus. Sequester, meist von rundlicher Form, wurden bei 7 Kranken beobachtet, zuweilen zeigte sich nur einfache Einschmelzung des Knochens. Bei einem Kinde pflanzte sich der tuberkulöse Process in weiter Ausdehnung zwischen Periost und Galea fort. Oefter bildete sich in der Umgebung ein reaktiver wallartiger Rand; einmal entstanden peripherische blättrige Osteophyten. Klinisch stellt sich der Process als eine wenig schmerzhafte circumscripte Anschwellung unter der Kopfhaut dar; schliesslich bricht der Abscess nach aussen durch. Miliartuberkulose und Meningitis tuberculosa als Endausgang sind selten, ebenso Recidive bei gründlicher Behandlung. Die Unterscheidung von Lues ist schwierig und nicht immer mit Sicherheit möglich. Die Prognose ist, sofern keine Allgemeininfektion vorliegt, nicht so ungünstig. R. konnte bei seinen Kranken 9 Dauerheilungen feststellen. Epilepsie entwickelt sich selten im Anschlusse an die Tuberkulose der Schädelknochen. Die Behandlung geschieht nach allgemeinen chirurgischen Grundsätzen. Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

183. **Ueber neuere Bestrebungen zur Verbesserung und Vereinfachung der Hautdesinfektion;** von Dr. M. v. Brunn. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 17. 1908.)

Die einfachste, schonendste und zuverlässigste Behandlung der Haut (der Hände des Operateurs und des Operationfeldes) vor einer Operation besteht in vorsichtigem Abreiben mit Alkohol. Nicht weil der Alkohol so besonders gründlich desinficirt, sondern weil der Alkohol eine Zusammenziehung, Schrumpfung der Haut hervorruft und damit *die vorhandenen Bakterien an Ort und Stelle festlegt.* Darauf kommt es an, das ist mehr werth als die gründlichste, in vieler Beziehung bedenkliche und doch nie ganz zuverlässige Bearbeitung mit starken Desinficientien. Nicht waschen, nicht auflockern. Die Haut muss an sich sauber sein, vor der Operation soll sie aber nicht noch einmal gewaschen und damit aufgeweicht, sondern nur mit Alkohol abgerieben werden. Dippe.

184. **Catgut, steril vom Schlachtthier, als frischer Darm vor dem Drehen mit Jod oder Silber behandelt;** von Dr. Fr. Kuhn und Dr. M. Rössler. 2. Mittheilung. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 1—3. 1908.)

Durch eine grosse Anzahl von Versuchen an Thier und Mensch bringen K. u. R. den Beweis, dass das von ihnen unter sorgfältigster Berücksichtigung aller bakteriologischen und chemischen Gesichtspunkte hergestellte Jod- und Silbercatgut allen klinischen Anforderungen entspricht.
P. Wagner (Leipzig).

185. **Untersuchungen über Catgut, mit Anwendung der vorderen Augenkammer als Impfstelle;** von Dr. C. F. Heerfordt. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 1. 1908.)

Ausgedehnte experimentelle Arbeit, aus der besonders hervorzuheben ist, dass einfaches Kochen in Wasser sich unter Umständen zur Sterilisation

von Catgut in der Praxis verwenden lässt, namentlich wenn man keine besonders starken Suturfäden gebraucht und ein nur wenig irritirendes Catgut zu benutzen wünscht. Das Catgut muss in ausgespanntem Zustande gekocht werden.

P. Wagner (Leipzig).

186. **Zur Frage über die operative Behandlung der Diphtheriestenosen des Kehlkopfes bei Säuglingen;** von W. Moltschanoff. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XV. 1. p. 64. 1907.)

M. tritt für die Intubation bei Diphtheriestenosen im Säuglingsalter ein. Er berichtet über 21 mit Intubation behandelte Säuglinge, von denen 11 starben (= 52.4%), also eine im Vergleiche mit anderen Autoren für dieses Lebensalter günstige Sterblichkeit. Todesursachen waren in 4 Fällen absteigender Croup, in 5 Fällen katarrhalische Pneumonie (2mal keine Sektion). Zur Beurtheilung der Schwere der Fälle ist es wichtig, dass 5 Säuglinge innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme starben. Plötzlicher Tod während der Intubation ist nicht vorgekommen. M. widerlegt die gegen die Intubation im Säuglingsalter vorgebrachten Bedenken: Schwierigkeit der Intubation wegen Enge des Kehlkopfes (M. hat ein 8 Wochen altes Kind mit Erfolg intubirt), erschwerte Expektoration und leichtes Verstopfen der Tube wegen Kleinheit des Tubenlumens, geringe Nahrungsaufnahme der Intubirten, endlich die durch grössere Zartheit der Gewebe bedingte erhöhte Empfänglichkeit gegen Infektionen, insbesondere die Neigung zu Lungenentzündung. Es muss bemerkt werden, dass M., wie er selbst zugesteht, keine eigenen Beobachtungen über primäre Tracheotomie bei Säuglingen gemacht hat und deshalb keine vergleichenden Daten über die Erfolge der Intubation und Tracheotomie anführen kann.

Neumark (Dresden).

187. **15 Jahre Intubation.** *Erfahrungen und Beobachtungen aus der Kgl. Universitäts-Kinderklinik in München;* von Dr. Paul Reich in Berlin. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XV. 3 u. 4. 1907.)

R. berichtet über ein Material von 1312 Operirten. Davon nur intubirt 1106, intubirt und sekundär tracheotomirt 206, geheilt 637 = 48.6%, gestorben 675 = 51.4%. Es wurde grundsätzlich jede Stenose primär intubirt. R. fasst seine Ausführungen dahin zusammen:

„Nur der Erfolg der einzelnen Intubation und die sorgfältige Beobachtung des weiteren Verlaufes ergaben von Fall zu Fall die Nothwendigkeit, die fernere Intubation ganz aufzugeben oder die Tracheotomie an ihre Stelle zu setzen. Diese Nothwendigkeit kann eintreten: 1) schon nach der ersten Intubation, bez. nach kurzer Intubationsdauer; Ursache: a) hochgradige Schwellung der Rachentheile, des Kehlkopfeinganges, sowie der subglottischen Gegend, wodurch die Intubation mit entsprechender Tube ausserordentlich erschwert werden kann; b) Spasmus glottidis als einzelne oder fortwirkende Ursache der behinderten Intubation; c) Tubusverstopfung mit bedenklicher Asphyxie, Unmöglichkeit, obturirende Sekretmassen durch ein- oder mehrmaliges Intubiren zum Aushusten zu bringen; d) Schwierigkeit der Einführung von Tube Nr. 1 bei ganz jungen, schlecht entwickelten Kindern; 2) nach länger fortgesetzter Intubation. Hier ist weitere Intubation . . .: aufzugeben bei durchaus begründetem Verdacht auf Decubitus, ferner . . bei anhaltendem Expektorationsmangel erschöpfter Kinder . . . Absteigender Croup, septische Diphtherie und Lungenentzündung bilden keine Contra-Indikation."

Neumark (Dresden).

188. **Simplification du manuel opératoire de la trachéotomie** *perforateur ou trocart trachéal rétrograde à pointe dissimulée servant de conducteur et permettant de pratiquer la trachéotomie sans dilatateur;* par Jules Glover, Levallois. (Arch. internat. de Laryngol. etc. XXIV. 6. p. 753. 1907.)

Mit Hülfe des neuen Instrumentes ist es möglich, ohne Assistenz eine Tracheotomie zu machen. Die Kanüle gelangt mit dem Troikart in die Trachea; die Blutung wird sofort auf diese Weise unterdrückt. Ausserdem ist die Infektionsgefahr der Wunde sehr gering.

Hochheim (Halle a. d. S.).

189. **Ueber die Endresultate der Tracheotomie;** von Dr. W. Wolf. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 17. 1908.)

Tracheotomie und Intubation stehen einander in Bezug auf die Mortalität etwa gleich. Die Tracheotomie soll aber häufiger zu Nachkrankheiten, Verengerungen der Trachea, Lungenleiden, führen. W. weist aus dem Materiale der Leipziger chirurg. Klinik nach, dass dieser Vorwurf nicht begründet ist.

Dippe.

190. **Erfahrungen über Operationen wegen Lungeneiterung und -Gangrän;** von W. Körte. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 1. 1908.)

Das Material K.'s beträgt 58 Fälle von Lungengangrän, Lungenabscess und deren Folgen. Von 37 Kranken mit Lungengangrän und -Abscess wurden 28 mittels Pneumotomie operirt (8 Kranke starben = 28.5%); von 21 Kranken mit bronchiektatischen Cavernen wurden 15 mittels Pneumotomie operirt: 11 Kranke starben = 73.3%. Die Ergebnisse seiner ausgedehnten Erfahrungen stellt K. in folgenden Sätzen zusammen: „Akute Lungeneiterungen, ohne putride Zersetzung und ohne Sequesterbildung, sind einige Wochen lang mit internen Mitteln zu behandeln. Tritt dann kein Nachlass der Eiterung ein, besteht Fieber weiter, so ist alsbald die Pneumotomie zu machen, die bei diesen Fällen eine gute Prognose giebt. Die akute Lungengangrän ist möglichst bald unter ausgiebiger Freilegung und Spaltung zu operiren. Von den bronchiektatischen Cavernen sind nur die auf einzelne Lungenlappen beschränkten zu operiren. Hier

ist möglichst radikales Vorgehen: ausgedehnte Thoraxresektion, danach weite Spaltungen, im Falle des Nichtheilens die Resektion einzelner Lungenlappen, am Platze. Ob das Operiren unter Druckdifferenz eine wesentliche Besserung der Operationsresultate bei Lungeneiterung geben wird, muss die weitere Erfahrung lehren." P. Wagner (Leipzig).

191. **Sopra nove casi di chirurgia del polmone;** per G. Serafini, Torino. (Rif. med. XXIII. 32. 33. p. 875. 904. 1907.)

Auf Grund eingehender Kranken- und Operationgeschichten, durch Lichtdrucke erläutert, wird über 9 Fälle von Lungenchirurgie berichtet. 4mal handelte es sich um Bronchiektasen, 1mal um einen empyemischen, 1mal um einen pyämischen und 3mal um metapneumonische Abscesse. Völlige Heilung wurde bei 2 Bronchiektasen, 2 metapneumonischen Abscessen und einem Empyem erreicht, Besserung in einem Falle von Bronchiektasen. 3 Pat. starben, und zwar einer mit Bronchiektasen an den Folgen der Pneumektomie, einer mit Abscess in Folge von Pyämie und einer mit metapneumonischem Eiterherd wegen zu spät erfolgter Operation.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

192. **Ein Beitrag zur Lungennaht;** von Dr. G. Hotz. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Den bisher bekannten 4 Fällen von operativ behandelten Stichverletzungen der Lunge reiht H. eine neue Beobachtung aus der Enderlen'schen Klinik an. Bei dem 27jähr. Kr. trat nach verschiedenen Complikationen *Genesung* ein.

Auch bei aussichtlos erscheinender penetrirender Thorax- und Lungenverletzung muss eine sofortige operative Behandlung versucht werden. Durch breite Eröffnung der Brusthöhle, Vorziehen der Lunge und Fixation lassen sich die schweren Cirkulationstörungen beseitigen, die durch den Spannungspneumothorax bedingt werden. Der primäre Verschluss der Pleurahöhle giebt der Lunge Gelegenheit zur Wiederentfaltung und vermeidet leichter eine sekundäre Infektion des Pleuraraumes. Die Verletzung kann so primär zur Ausheilung gelangen.

P. Wagner (Leipzig).

193. **Die chirurgische Behandlung der Lungenaktinomykose;** von Dr. Karewski. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIV. 2. 1907.)

Bei günstigster Betrachtung können wir im Ganzen von 6 durch blutige Maassnahmen geheilten Kranken mit *Lungenaktinomykose* sprechen; darunter befindet sich ein Kr. K.'s, der durch einen äusserst radikalen Eingriff vor mehr als 10 Jahren von seiner Krankheit befreit wurde und dauernd gesund geblieben ist. K. hat ausserdem noch 4mal Gelegenheit gehabt, aktinomykotische Lungenherde zu operiren: 3 Kr. starben mehr oder weniger lange Zeit nach der Operation, 1 Kr. wurde wesentlich gebessert entlassen; sein weiteres Schicksal ist unbekannt. Trotz ihrer vielen bishorigen Misserfolge wird die Lungenaktinomykose ein für den Operateur dankbares Feld der Chirurgie werden, vorausgesetzt, dass folgende Grundsätze Berücksichtigung finden: „1) Die primäre Lungenaktinomykose ist häufiger als gemeinhin angenommen wird, weil sie vielfach mit tuberkulöser Phthisis verwechselt wird. 2) Ihre überaus schwierige Diagnose zu Beginn der Erkrankung muss durch bakteriologische Untersuchung des Sputums und wiederholte röntgenographische Exploration des Organs bei chronischen, der Tuberkulose verdächtigen, aber keine Bacillen und elastische Fasern producirenden Katarrhen gefördert werden. 3) Langsam entstehende, entzündliche Schwellungen am Thorax, namentlich an dessen hinterem Umfang, denen bronchitische Erscheinungen voraufgegangen sind, und die nicht nachweislich tuberkulöser Natur sind, erwecken den Verdacht einer perforirenden Lungenaktinomykose. 4) Die Lungenaktinomykose ist in ihren ersten Stadien und so lange keine Metastasen vorhanden sind, erfolgreicher operativer Behandlung zugänglich. 5) Jede der Aktinomykose verdächtige Thoraxschwellung muss frühzeitig eröffnet und bis zu ihrem Ursprungsherd verfolgt werden. 6) Ausschliesslich radikale Eingriffe, d. h. solche, die bis in's Gesunde rücksichtslos alle Minirungen und Gänge exstirpiren, führen zu dem gewünschten Resultate." P. Wagner (Leipzig).

194. **Ueber Thoraxresektion bei grossen veralteten Empyemen;** von Dr. E. Bergeat. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 2. 1908.)

B. berichtet aus der Sick'schen Abtheilung des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses über 21 Fälle von *Thoraxresektion bei grossem veraltetem Empyem.* 11mal handelte es sich um metapneumonische, 4mal um tuberkulöse, 4mal um idiopathische Empyeme, 1mal um ein posttraumatisches Empyem. In einem Falle war eine vorhergegangene Krankheit wegen psychischer Minderwerthigkeit des Pat. nicht festzustellen. 13 Kr. wurden vollständig geheilt entlassen, 4 mit ganz kleiner, wenig secernirender Fistel; auch diese Kr. sind später vollständig genesen. 4 Kr. sind gestorben (19.1% Mortalität).

Aus diesen Beobachtungen zieht B. folgende Schlüsse: „1) In den weitaus meisten Fällen veralteter Empyeme oder alter Empyemfisteln ist nur durch die Vornahme der Schede'schen Thoraxresektion Heilung zu erzielen. 2) Die Resektion muss in möglichst grossem Umfange gemacht werden, um den Erfolg zu sichern, da mehrere kleine Eingriffe nur die Heilungsdauer verlängern. 3) Gegen eine mehrzeitig vorgenommene radikale Operation bestehen erfahrungsgemäss keine Bedenken. 4) Als Contraindikation ist nur sehr schlechter Allgemeinzustand oder vorgeschrittene amyloide Degeneration anzusehen. 5) Veraltete, ausgedehnte tuberkulöse Empyeme sollen ebenfalls operirt werden, wenn der Zustand der anderen Lunge und der Allgemeinbefund es zulässt. 6) Bei Kindern soll die Thoraxresektion möglichst bald und sehr ausgedehnt vorgenommen werden, da vollständige Regeneration der knöchernen Theile zu erwarten ist. 7) Die Combination der Schede'schen Thoraxresektion mit der Delorme'schen Decortikation ist in jedem Falle, wo die Pleura

pulmonalis schwartig verdickt ist, zu versuchen und in günstigen Fällen auszuführen. 8) Vor Inangriffnahme der Operation ist eine möglichst genaue Orientirung über die intrathoracischen Verhältnisse unter Zuhülfenahme aller zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden unbedingt erforderlich."

Den Schluss der ausgedehnten Arbeit bildet eine gesammelte Statistik von 135 Fällen von Thoraxresektion mit multiplen Rippenresektionen.

P. Wagner (Leipzig).

195. **Tuberculose inflammatoire et rachitisme tardif;** par Poncet. (Bull. de l'Acad. de Méd. Nr. 33. 1907.)

Was P. vorbringt, ist Hypothese. Er glaubt, dass diejenige Form der Spätrhachitis, die nicht ein Wiederaufflackern infantiler Rhachitis darstellt, sondern wirklich primär auftritt, mit Rhachitis nichts zu thun habe. Es handele sich vielmehr um eine entzündliche Knochenerweichung in Folge einer abgeschwächten Infektion. Alle osteo-articulären Deformitäten der Pubertätzeit: Skoliose, Genu valgum, Plattfuss, Coxa vara, sollen einen solchen Ursprung haben. Und unter den verschiedenen Entzündungen soll die Tuberkulose am häufigsten vorliegen! Aus dieser Annahme sollen nach P. wichtige Erwägungen für Prophylaxe und Therapie sich ergeben. Vulpius (Heidelberg).

196. **La scoliose d'origine tuberculeuse;** par André Chalier, Lyon. (Lyon méd. CIX. p. 777. Nov. 10. 1907.)

Poncet hat kürzlich die Hypothese aufgestellt, dass die habituellen Deformitäten nicht rhachitischen, bez. spätrhachitischen Ursprunges seien, sondern durch eine milde verlaufende Entzündung des Knochens, insbesondere durch leichte Tuberkulose zu Stande kämen.

Ch. berichtet über 2 Kranke, die in der Jugend eine Skoliose, später verschieden lokalisirte multiple Tuberkulose bekamen. Diese Art, die Hypothese von Poncet zu stützen, ist ein eben solches Wagniss, wie die Schaffung der Hypothese selbst.

Vulpius (Heidelberg).

197. **Enquête sur le traitement actuel de la gibbosité du mal de Pott;** par le Dr. René Hayes. (Thèse de Paris 1908.)

H. hat durch das Studium der Literatur und durch Umfrage bei verschiedenen Chirurgen die Behandlung der Pott'schen Krankheit einer Kritik unterworfen und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Die von Calot empfohlene und geübte gewaltsame Redressirung der Gibbosität hat den Erwartungen keineswegs entsprochen und ist auf dem Wege, vollständig verlassen zu werden. Wenn auch in manchen Fällen eine rasche Besserung erzielt wird, so sind doch die späteren Resultate der Behandlung, namentlich die langjährige Anwendung des Liegebettes, keineswegs ermunternd. Hingegen ist die langsame Redressirung viel eher im Stande, gute Resultate zu ergeben, doch ist die Prognose von der Möglichkeit, den Grundprocess in günstiger Weise zu beeinflussen, abhängig. In dieser Beziehung müssen noch die Resultate der Laboratoriumarbeiten, die vielleicht ein specifisches Mittel zur Heilung der tuberkulösen Herde ergeben könnten, abgewartet werden. E. Toff (Braila).

198. **Beiträge zum Studium der Wirbeltuberkulose und der congestiven Abscesse;** von Dr. Sp. Dragosch. (Revista stiintzelor med. Dec. 1907.)

Dr. stellt fest, dass unter der ländlichen Bevölkerung die Tuberkulose im Allgemeinen und auch die Knochentuberkulose immer mehr an Ausdehnung gewinnt. Was letztere anbetrifft, so ist die Aetiologie der meisten Fälle eine vollkommen dunkle. Die Patienten zeigen einen robusten Körperbau, stammen von gesunden Eltern, haben gesunde Geschwister, haben niemals mit Tuberkulösen zusammengelebt und auch eine Uebertragung durch die Nahrung ist nicht gut anzunehmen, da der rumänische Bauer sich hauptsächlich von Vegetabilien nährt und Milch, Fleisch und andere Substanzen, die im Stande wären die tuberkulöse Infektion zu übertragen, nur selten geniesst. Man muss daher für diese Fälle eine Infektion durch die Luft annehmen. Unter den von D. beobachteten Fällen von Pott'scher Krankheit zeigte sich als erste Erscheinung ein congestiver Abscess, während die Gibbosität erst später oder gar nicht zur Beobachtung kam. Die angewendete Behandlung war die breite Eröffnung der Abscesse mit nachfolgender Drainirung. Es wurden keinerlei medikamentöse Einspritzungen gemacht und alle 4 auf diese Weise behandelten Kranken genasen.

E. Toff (Braila).

199. **Das Redressement alter Pott'scher Buckel;** von Gaugele in Zwickau. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 3 u. 4. 1907.)

G. hat die Calot'sche Methode wieder aufgenommen. Er redressirt mit einer Schraubenpelotte den Gibbus des horizontal extendirten Kranken in mehreren Sitzungen und fixirt jeweils die Stellungscorrektur in einem Gipsverband, der alle 4—8 Wochen gewechselt wird. Decubitus konnte kaum verhütet werden, Dauererfolge sind nicht mitgetheilt. Vulpius (Heidelberg).

200. **Ueber die Versteifung der Wirbelsäule;** von Dr. M. Matsuoka. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Ausführliche Mittheilung von 3 Fällen, die die Symptome der Bechterew'schen Krankheit zeigten. Es handelte sich um Männer im Alter von 31—45 Jahren. Die Aetiologie war nicht sicher. P. Wagner (Leipzig).

201. **Zur Casuistik der isolirten Frakturen der Processus transversi der Lendenwirbelsäule;** von Dr. Ehrlich. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Mittheilung eines Falles von Fraktur des linken Processus transversus des 1. Lumbalwirbels bei einem 40jähr. Kranken. Die klinische Wahrscheinlichkeitdiagnose wurde durch das Röntgenbild bestätigt. Fixation durch Gummibinde und Heftpflasterstreifen; 8 Tage später heisse Umschläge und Massage. P. Wagner (Leipzig).

202. **Beiträge zur extrakapsulären Radikal-Resektion des tuberkulösen Ellbogengelenks;** von Dr. W. Lossen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 1—3. 1908.)

Mittheilung aus der Bardenheuer'schen Abtheilung über 86 Resektionen, Nachresektionen bei 74 Kr. mit tuberkulösem Ellbogengelenke. Es genasen durch die Resektion 73% der Kr. völlig; mit kleiner Fistel 17%. Die Zahl der guten Heilungen beträgt demnach 90%. Die Spätresultate waren noch in 70% der Fälle gut. Die funktionellen Früh- und Spätresultate waren günstig in 83, bez. 68%. Die Statistik beweist, dass die Resektion in jedem Stadium der Tuberkulose dieselben oder bessere Resultate giebt, als die conservative Behandlung. Die Funktion ist zudem nach der Resektion meist besser, wie nach conservativer Behandlung, denn die conservativ behandelten Gelenke heilen meist in Ankylose. Die mit Resektion behandelten dagegen können, wenn die Nachbehandlung dieses erstrebt, in der Mehrzahl als festbewegliche erhalten worden.

P. Wagner (Leipzig).

203. **Experimentelle und angeborene Hüftgelenksverrenkung;** von Ghillini in Bologna. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 3 u. 4. 1907.)

Gh. untersuchte experimentell bei Kaninchen erzeugte Hüftverrenkungen nach 14 Tagen bis 1 Jahr und bildet die interessanten Präparate ab. In vielen Punkten konnte er eine völlige Uebereinstimmung mit den Befunden bei congenitaler Hüftluxation des Menschen feststellen. Hierdurch scheint ihm die Hypothese gestützt zu werden, dass die Luxatio coxae kein vitium primae formationis ist, sondern durch äussere mechanische Einflüsse zu Stande kommt. Vulpius (Heidelberg).

204. **Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode orthopédique abrégée;** par H. Judet, Paris. (Progrès méd. 3. S. XXIII. 29. 1907.)

Die Abkürzung des Verfahrens besteht darin, dass das Bein nach erfolgter Einrenkung in der gewöhnlichen Primärstellung $4\frac{1}{2}$—5 Monate belassen wird ohne Erneuerung des Verbandes. Es ist also nur eine einzige Narkose nothwendig. Weder Einrenkung, noch Verband, noch Nachbehandlung nach J. weisen irgend welche Besonderheiten auf. In Deutschland ist das gleiche Verfahren von manchen Operateuren längst empfohlen worden, es kann indessen nicht verallgemeinert werden. Vulpius (Heidelberg).

205. **Le traitement de la luxation congénitale de la hanche par la réduction manuelle;** par Derscheid-Delcourt, Bruxelles. (Presse méd. belge LIX. 46. 1907.)

Nach geschehener Reposition fixirt D.-D. das Bein zunächst in Abduktion und Aussenrotation während 2—6 Wochen. Dann wird in Narkose Innenrotation bei starker Abduktion herbeigeführt; der zweite Verband liegt 3—4 Monate. Von da an wird das Bein mehr und mehr heruntergeholt, der bis dahin bettlägerige Patient beginnt zu gehen. D.-D. berichtet über einige schöne Resultate.

Vulpius (Heidelberg).

206. **Coxa vara in distinction from hip-joint disease and congenital dislocations;** by Arthur Holding. (Albany med. Ann. XXVIII. 9. p. 738. Sept. 1907.)

Nach H. ist Coxa vara die häufigste Deformität nach Verletzung des Hüftgelenkes. Die primäre Coxa vara ist wesentlich häufiger als sie erkannt wird. Oft wird sie mit Coxitis oder auch mit angeborener Verrenkung verwechselt. Während die Coxitis bei Kindern meist tuberkulöser Natur ist, muss sie bei Erwachsenen gewöhnlich als Coxa vara osteo-arthritica (malum coxae senile) aufgefasst werden. Vulpius (Heidelberg).

207. **Coxa valga;** von Max David in Berlin. (Mon.-Schr. f. orthopäd. Chir. VII. 9. 1907.)

Das Pathognomonische in allen Fällen von Coxa valga ist Aussenrotation und Abduktionstellung des Beines bei behinderter Adduktionsfähigkeit.

Bei traumatischen und congenitalen Formen ist Aussenrotation und Abduktion die Folge, die Vergrösserung des Schenkelhalswinkels aber die Ursache; bei der häufigsten Form dagegen, der statischen Coxa valga, ist der Causalnexus meist der umgekehrte. Auch die Arthritis deformans kann nach D. eine statische Coxa valga erzeugen.

Vulpius (Heidelberg).

208. **Die Beuge-Adduktionscontraktur bei Coxitis;** von Saxl in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 30. 1907.)

Die typische Beugeadduktioncontraktur ist hauptsächlich bedingt durch eine Insufficienz der Gesässmuskulatur. Die Insufficienz ist eine absolute durch Atrophie der Gesässmuskeln, eine relative durch Verringerung der Spannweite oder der veränderten Verlaufsrichtung der Muskeln.

Therapeutisch empfiehlt S. sowohl bei starker Contraktur, als bei Ankylose die subtrochantere Osteotomie mit Verheilung in leichter Abduktionstellung. Vulpius (Heidelberg).

209. **Ueber die Dauerresultate bei Coxitis tuberculosa;** von Dr. Ch. Perret. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 2. 1908.)

Das Material zu der Arbeit lieferten 230 Kranke mit *tuberkulöser Hüftgelenkerkrankung*, die seit 1880 in der chirurg. Abtheilung von Niehans in Bern behandelt wurden. Es war P. in den letzten 2 Jahren möglich, 65 geheilte Kranke zur Nachuntersuchung kommen zu lassen.

In leichten, günstigen Fällen ohne oder noch mit steriler geschlossener Eiterung, in denen der Sitz des tuberkulösen Herdes weder durch die klinische Untersuchung, noch durch die Röntgenaufnahme mit Sicherheit festgestellt werden kann, ist entschieden ausschliesslich conservative Behandlung so lange zu befürworten, bis der Knochenherd, wenn er unterdessen nicht spontan ausheilt, im weiteren Verlaufe erkennbar geworden ist.

In vernachlässigten, schweren Fällen mit offener Eiterung und drohenden sonstigen Complikationen ist die Arthrotomie zur Besichtigung des Gelenkes auszuführen, und eventuell, wenn die gelenkbildenden Theile derart zerstört sind, dass keine Hoffnung auf spontane Heilung vorhanden ist, die gründliche Abtragung alles Erkrankten, unter Schonung der erhaltungsfähigen Partien: „atypische Resektion" anzuschliessen. In den Fällen hingegen, in denen durch eine genaue klinische Untersuchung der tuberkulöse Herd bestimmt werden konnte, und durch das Röntgenbild bestätigt wurde, wird bei dem heutigen Stande tadelloser Asepsis die Arthrotomie, verbunden mit Sequestrotomie oder Ausrottung der tuberkulös erkrankten Theile in relativ kurzer Zeit mit bester Aussicht auf Radikalheilung und funktionell günstige Resultate den Kranken von seinem Leiden befreien.

P. Wagner (Leipzig).

210. **Die Trochanter-Spina-Linie als diagnostisches Hülfsmittel;** von Schoemaker in Haag. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 3 u. 4. 1907.)

Unter normalen Verhältnissen schneiden sich die Verlängerungen der Linien, die Trochanterspitzen und Spinae ant. sup. miteinander verbinden, in der Mittellinie und bilden mit der Verbindungslinie beider Spinae zwei gleichseitige Dreiecke. Stehen die Trochanteren verschieden hoch, so schneiden die Trochanter-Spinalinien natürlich die Mittellinie an verschiedenen Punkten. Dividirt man die Distanz dieser Schnittpunkte durch 3, so erhält man die Höhendifferenz der Trochanteren. Stehen beide Trochanteren gleichmässig zu hoch, so schneiden sich zwar die genannten Linien in der Mittellinie, aber die veränderte Form der Dreiecke zeigt die Verschiebung an.

Vulpius (Heidelberg).

211. **Ueber Dauererfolge bei Behandlung der Fusswurzeltuberkulose durch Resektion mit vorderem und hinterem Querschnitt;** von Dr. E. Ohse. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 2. 1908.)

Mittheilung über 115 Kranke mit *Fusswurzeltuberkulose*, die innerhalb der letzten 13 Jahre in der Madelung'schen Klinik mit Resektion bei Anwendung des vorderen und hinteren Querschnittes behandelt wurden. Bei 54 Kranken = 47% waren primäre Knochenherde nachweisbar; bei 56 Kranken = 49% handelte es sich um primär synoviale Tuberkulosen. Bei 30 Kranken musste die sekundäre Amputation vorgenommen werden. 23 Kranke sind in der seit der Resektion verflossenen Zeit verstorben. 48 Operirte konnten 1—12 Jahre nach der Resektion genau nachuntersucht werden. In 42 Fällen war die Fusstuberkulose völlig ausgeheilt; bei 5 Kranken fanden sich oberflächliche Fisteln; 1 Kranker war ungeheilt. Bei beschuhtem Fusse war das Gehvermögen 28mal sehr gut; 12mal gut; 6mal mässig; 2mal schlecht. Bei Personen höheren Alters trat gute Gebrauchsfähigkeit nur in verschwindend wenigen Fällen ein, auch wenn es bei ihnen zur völligen Ausheilung der Tuberkulose gekommen war.

P. Wagner (Leipzig).

212. **Plattfuss und Fusswurzeltuberkulose;** von Ewald in Hamburg. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 47. 1907.)

Ew. weist darauf hin, dass nicht so selten die Fusswurzeltuberkulose zunächst die Symptome eines entzündeten Plattfusses erzeuge, eine Verwechselung, die natürlich verhängnissvoll für den Patienten werden kann.

Die Krankengeschichten und Röntgenbilder von 4 derartigen Beobachtungen der Vulpius'schen Klinik werden mitgetheilt.

Das Röntgenverfahren ist im Zweifel stets heranzuziehen, namentlich wenn das Leiden nur einseitig oder nach einem Unfalle auftritt.

Vulpius (Heidelberg).

213. **Zur Behandlung der schweren Plattfussformen jenseits der Wachsthumsgrenzen;** von Schultze in Duisburg. (Ztschr. f. orthop. Chir. XIX. 1 u. 2. 1907.)

Der Plattfuss lässt sich auch in späterem Alter durch das Redressement corrigiren. Die Verlängerung der Achillessehne ist dem Redressement vorauszuschicken. Zur Nachbehandlung ist eine entsprechende Fussbekleidung (6 Paar Schuhe!) mit verstärktem Gelenke (ohne Einlage!) und Gummiabsatz nöthig.

Die blutige Methode hat erst dann Berechtigung, wenn das in dieser Weise ausgeführte Redressement im Stiche gelassen hat.

Vulpius (Heidelberg).

214. **Die wissenschaftlichen und praktischen Postulate bei Herstellung der Plattfusseinlagen und deren Anwendung in der Praxis;** von Lengfellner in Berlin. (Wien. klin. Rundschau XXI. 29. 1907.)

L. verlangt, dass jede Einlage nach einem Gipsmodelle angefertigt wird, man lässt zu dessen Gewinnung den lose herabhängenden Fuss in Gipsbrei tauchen. Die Einlage darf sich nicht durchtreten, sie soll ausserdem leicht sein. L. verwendet Aluminium und bei sehr schweren Personen Durana, das Metall wird auf dem Modell getrieben, an der Unterfläche mit Stahlband, bez. mit einer Stahlbandfeder verstärkt und zwischen 2 Lagen Trikot-Acetoncelluloid eingebettet.

Vulpius (Heidelberg).

215. **Zur Aetiologie und Pathologie von Klumphand und Klumpfuss;** von Hohmann in München. (Ztschr. f. orthop. Chir. XIX. 3 u. 4. 1907.)

Mehrere eigene Beobachtungen multipler angeborener Contrakturen machen es sicher, dass Klumpfuss wie Klumphand nur sehr selten neurogenen Ursprunges sind oder auf eine primäre Entwickelungstörung bezogen werden dürfen. Vielmehr

Digitized by Google

handelt es sich meist um mechanische Einflüsse, Raumbeengung im Uterus und dadurch entstandenen abnormen Druck auf die Glieder.

Vulpius (Heidelberg).

216. **Zur Behandlung des Klumpfusses;** von Lange in München. (Arch. f. Orthop. VI. 2 u. 3. 1908.)

Bei Kindern in den ersten Lebensjahren macht L. das modellirende Redressement in Narkose und dann einen Gipsverband. Dieser bleibt aber nur 2 Tage liegen und wird dann durch eine nach Modell gefertigte Celluloidschiene ersetzt. L. fürchtet, dass unter dem Gipsverbande Decubitus, Ekzem und starke Muskelatrophie entstehen. Die von L. illustrirten Resultate sind nach Ansicht des *Ref.* nicht dazu geeignet, die lebhaften Bedenken gegen die L.'sche Methode zu verringern.

Vulpius (Heidelberg).

217. **Supramalleoläre Infraktion der Fibula, ein Hülfsmittel beim modellirenden Redressement des Klumpfusses;** von Saxl in Wien. (Ztschr. f. orthop. Chir. XIX. 3 u. 4. 1907.)

Eine häufige Ursache des Klumpfussrecidives nach dem modellirenden Redressement liegt in der ungenügenden Korrektur der Ferse, deren Adduktion- und Supinationstellung sich nicht genügend korrigiren lassen. Man kann diese Schwierigkeit überwinden, indem man im Anschlusse an das Redressement den äusseren Knöchel abknickt und dadurch die gewünschte Abduktion des Calcaneus leicht erzielt.

Vulpius (Heidelberg).

218. **The Calmette serum reaction in ophthalmology;** by Sydney Stephenson. (Brit. med. Journ. Nr. 2442. 1907.)

St. erprobte die Calmette'sche Tuberkulin-Reaktion am Auge bei mehr als 30 Augenkranken; einige besonders lehrreiche Beobachtungen theilt er in Kürze mit. Das Verfahren war wirksam je 3mal bei phlyktänulärer Bindehaut-Hornhauterkrankung, disseminierter Aderhautentzündung, interstitieller Hornhautentzündung; je 1mal bei Episkleritis, Iristuberkulose und Hornhauttuberkulose, 2mal bei chronischer Irido-Cyklitis. St. betont, dass die Glycerinlösungen des Tuberkulins nie brauchbar seien, weil das Glycerin durch seine Bindehautreizung eine falsche Reaktion vortäuschen könne. Wie Calmette empfiehlt, soll ein Theil in Alkohol präcipitirter Trockensubstanz in 100 Theilen sterilen Wassers gelöst und davon 1—2 Tropfen in den Bindehautsack eingeträufelt werden. Bei erfolgreicher Wirkung des Mittels tritt nach 3—4 Stunden eine entzündliche Reizung der Bindehaut ein mit schleimig-eiteriger Absonderung, die in den nächsten 3—4 Stunden ihren Höhepunkt erreicht und nach 2—3 Tagen ohne schädliche Nachwirkung zurückgeht.

Bergemann (Husum).

219. **Tuberkulose als Aetiologie der chronischen Entzündungen des Auges und seiner Adnexe, besonders der chronischen Uveitis;** von Dr. Stock. (Arch. f. Ophthalmol. LXVI. 1. 1907.)

St. erzeugte beim Kaninchen durch Einimpfung von Tuberkulose-Reinculturen in die Blutbahn Veränderungen, die der beim Menschen vorkommenden chronischen Uveitis in vielen Punkten ähnlich sind: und zwar u. A. chronische Uveitis mit Knötchenbildung, Cyklitis, Chorioiditis disseminata. „Pathologisch-anatomisch sind bei all' diesen Veränderungen die Befunde nicht typisch tuberkulös. Dagegen hat der sichere Nachweis von Tuberkelbacillen in den Präparaten und Ueberimpfungsversuchen festgestellt, dass es sich um Veränderungen handeln muss, die nur durch Tuberkelbacillen entstanden sein können." St. legt grossen Werth auf die diagnostische Tuberkulinreaktion. Reagirt der Kranke örtlich, oder finden sich bei nur allgemeiner Reaktion mit der binocularen Lupe kleine, oft kaum sichtbare Knötchen mit grauem Belag oder auch nur Verdickungen der Iris im kleinen Iriskreis, so ist nach St. mit Sicherheit eine tuberkulöse Grundlage anzunehmen. Die kleinen Knötchen im kleinen Iriskreis sind gewissermaassen charakteristisch für Tuberkulose; sie sind von den syphilitischen Knoten leicht zu unterscheiden, weil bei Tuberkulose die Reizerscheinungen am Auge meist sehr viel geringer sind, als bei Syphilis. Die syphilitischen Papeln sind rothbraun, während die tuberkulösen Knötchen sich kaum oder höchstens gräulich von dem umgebenden Irisgewebe abheben. Unerlässlich ist die Untersuchung mit der binocularen Lupe. Kann Tuberkulose als Grundlage der Augenerkrankung angenommen werden, dann empfiehlt sich als dezreit bestes Heilmittel die Einspritzung von Tuberkulin (Tuberkulinreaktion), wie sie auch anderwärts nach besonderem Verfahren erfolgreich angewendet worden ist.

Bergemann (Husum).

220. **Zur Kenntniss der Tuberkulose des Augenhintergrundes;** von Dr. Kraus und Dr. Brückner. (Arch. f. Kinderhkde. LVII. 3. 1907.)

K. u. B. berichten über zwei engverwandte Beobachtungen, mit deren ophthalmoskopischem Bilde auch nur einigermassen übereinstimmende Befunde bisher nicht veröffentlicht sind. Es handelt sich um Augen junger Leute von 14 und 19 Jahren, die tuberkulös erblich belastet sind. Das eine Auge ist ganz gesund, im anderen kommt es allmählich zu Abnahme des centralen Sehens und Gesichtfeldausfall. Die Erkrankung verläuft schmerzlos und ist beschränkt auf den hinteren Augenpol. Es besteht ein grosser weisagelblicher Herd, der sich um eine durch Netzhautablösung gekennzeichnete Vorwölbung ausbreitet. „Hinter letzterer ist vielleicht eine tuberkulöse Neubildung vorhanden, die event. mit Erguss eines retroretinalen Exsudates sich

in der Aderhaut lokalisirte. Die weisslich-gelblich verfärbte Partie der Netzhaut hätte ihre Entstehung einem Exsudat oder einer schwartigen resp. bindegewebigen Umwandlung der hinteren Netzhautschichten zu verdanken." Das Ganze ist umgeben von scharf umschriebenen gelblich-röthlichen und grauweissen Herdchen, deren Gewebebeschaffenheit nicht sicher zu bestimmen ist. Ferner gehören zu dem Befunde zahlreiche kleine Blutaustritte, die besonders nach den Tuberkulineinspritzungen jedesmal häufiger auftreten und auf die entzündliche Art der Erkrankung hinweisen. Die fast völlig mangelnde Bildung von Pigment macht es wahrscheinlich, dass die Aderhaut nicht stärker mitbetheiligt ist. Der Sehnervenkopf war durch Glaskörpertrübung verschleiert, sonst ebenso wie die Netzhautgefässe frei von auffallenden Veränderungen. K. u. B. begründen näher ihre Auffassung, dass die Erkrankung tuberkulöser Natur sei: „Die Beobachtung, dass Blutungen und Herde sich vornehmlich in der Umgebung und an den Endpunkten kleiner Arterienstämmo finden, scheinen nur darauf hinzuweisen, dass die Verbreitung des Processes in der Netzhaut eben eine vornehmlich hämatogene ist, also keine andere, wie die klinisch und experimentell im Auge und anderen Organen so oft beobachtete Art."

K. u. B. empfehlen zur weiteren Aufklärung mancher hier noch strittigen Fragen die ausgedehntere diagnostische Verwerthung von Tuberkulineinspritzungen unter die Haut.

Bergemann (Husum).

221. **Sur les brûlures de l'oeil par le sodium**; par le Dr. Dechamps. (Ann. d'Oculist. CXXXVIII. 6 1907.)

D. berichtet über einige klinische Beobachtungen bei Arbeitern, die schwere Gesicht-, bez. Augenverbrennungen erlitten hatten in einer Fabrik, die grosse Mengen mineralischen Natrinm verarbeitet. Zur Gewinnung von Oxylithe wird dem Natriumsalz der Sauerstoff entzogen. Die Arbeiter hatten entgegen der Vorschrift das Natrium mit Wasser in Berührung gebracht. Dabei kummt es bekanntlich au sehr starker Entwickelung von heissen Dämpfen. Diese erfolgte so plötzlich, dass die Leute nicht dazu kamen, die Lider zu schliessen. Der Endausgang der Verletznng war bei drei Augen flächenhafte Narbenschrumpfung der ganzen Bindehaut mit Beweglichkeitbeschränkung des Augapfels, Trübung, bez. theilweise Einschmelznng und Durchbruch der Hornhaut; ein Auge ging durch Narbenschrumpfung nach breiter Hornhautverödung ganz verloren. Dabei waren die anfänglichen Zeichen der Verbrennung durchaus nicht beängstigend, die Hornhaut nur wenig getrübt und das Sehen kaum beeinträchtigt.

D. nimmt an, dass neben der sehr starken Hitze besonders der chemische Einfluss von feinsten Natriumtheilchen, die im Dampf enthalten waren, zur Wirkung gekommen ist. Bei einem anderen Arbeiter, dem ein kleinstes Stück metallischen Natrium in den Bindehautsack gerathen war, beschränkte sich die Brand-, bez. Aetzwirkung auf eine umschriebene Narbenschrumpfung der Bindehaut. Bergemann (Husum).

222. **Schutz des Auges gegen die Einwirkung ultravioletter Strahlen greller Lichtquellen durch eine neue, nahezu farblose Glasart**; von Alfred Vogt. (Arch. f. Augenhkde. LIX. 1. 1907.)

Die von V. untersuchte Glasart leistet das höchste Maass „der Absorption kurzwelliger Strahlen, das von einem in dünneren Schichten farblosen, in dickeren Schichten annähernd farblosen Glas erreicht werden kann". Es ist ein Schwerflint, dessen Absorptioncurve gleich nach dem sichtbaren Theil (schon bei 405) so steil abfällt, dass schon Messungen bei 384 $\mu\mu$ mit den vorhandenen Dicken (1—3 mm) unmöglich wurden. Das Glas kann von der Firma *Schott und Genossen* in Jena bezogen werden. Bergemann (Husum).

223. **Weiterer casuistischer Beitrag zur Entfernung von Eisensplittern aus dem Auge mit dem Innenpolmagneten**; von Dr. Amberg. (Ztschr. f. Augenhkde. XVIII. 6. 1907.)

A. berichtet über 16 neue Fälle aus der Mellinger'schen Klinik, in denen mit dem Innenpolmagneten Eisentheilchen aus Hornhaut, Lederhaut, Vorderkammer, Linse, Glaskörper, Netzhaut entfernt wurden; ein Fremdkörper in der Augenhöhle war nicht herauszuziehen. Der Erfolg bei den 13 Splittern im Augeninnern war 2mal sehr gute Sehschärfe, 1mal brauchbare, 7mal Sehschärfe von $^{1}/_{200}$—$^{2}/_{1000}$ wegen Wundstaar, 2mal Schrumpfung des Augapfels, 1mal Erhaltung des blinden Augapfels. Die 3 ungünstigen Fälle betrafen Augen mit eingetretener Ansteckung und ein Auge mit einem sehr grossen Splitter. Im Ganzen wurde der Innenpolmagnet in der Baseler Klinik 32mal angewandt; die Ausziehung misslang nur in je einem Falle mit retrobulbärem Sitz des Fremdkörpers und Einspiessung in den Ciliarkörper.

Bergemann (Husum).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

224. **Die constitutive Verderblichkeit der Monogamie und die Unentbehrlichkeit einer Sexualreform**; von Chr. v. Ehrenfels. (Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. IV. 5 u. 6. p. 615. 803. 1907.)

E. hebt hervor, dass selbst nur die Erhaltung der jetzigen Tüchtigkeit unserer Rasse, wie jeder anderen Rasse auch, nur möglich sei unter ständiger Auslese der Besten. Diese Auslese könne einmal dadurch zu Stande kommen, dass die Besten im Kampfe um das Dasein überleben, oder dadurch, dass nur die tüchtigsten zur Fortpflanzung zugelassen würden. Unser Culturleben hat nun, wie E. weiter mit Recht hervorhebt, Formen angenommen, bei denen eine Auslese nach dem ersten Typus fast ausgeschlossen erscheint. Unsere socialen und hygieinischen Maassnahmen streben im Gegentheil gerade dahin, auch dem Untüchtigsten eine möglichst angenehme Existenzmöglichkeit zu schaffen; dazu kommt, dass unser Erwerbsleben heut ein derartiges ist, dass mit wenigen Ausnahmen eigentlich immer der Geschäftkundige, der Schlauere

siegt, aber nicht der Rasseutüchtigere. Da hierin ein Wandel kaum zu erhoffen ist, muss der andere Auslesefaktor desto mehr berücksichtigt werden, wenn nicht eine allmähliche Entartung des Gesammtvolkes Platz greifen soll. Dass diese Ausführungen durchaus einwandfrei sind, kann nicht bezweifelt werden, zur Diskussion kann in dieser Beziehung überhaupt nur stehen, in welchem Maasse die genannten Faktoren im einzelnen wirksam sind. E. hofft nun, dass ein Wandel geschaffen werden könne, wenn es gelänge, eine Sexualauslese in der Weise zu erreichen, dass die tüchtigsten Männer eine möglichst zahlreiche Nachkommenschaft, die Untüchtigen aber womöglich gar keine Nachkommenschaft haben. Die Möglichkeit dazu ist gegeben, da ein Mann ja bekanntlich Sperma in genügender Menge besitzt und auch verausgaben kann, um damit eine sehr grosse Zahl von Frauen schwängern zu können. Der einzige Weg, dieses zu erreichen, ist natürlich der freie Wettbewerb aller Männchen um alle Weibchen, also unbedingte Polygynie und Wiedereinführung des Mutterrechtes. In sehr ausführlichen Auseinandersetzungen versucht E. diesen Standpunkt, den er seit Langem vertritt, noch einmal im Zusammenhange darzustellen und dabei die biologischen Specialprobleme ausführlich zu entwickeln. Wir kennten hier nur den Gedankengang des Autors wiedergeben und müssen im Uebrigen auf das interessante Original verweisen. Selbst sein principieller Gegner A. Plötz giebt „mit Freuden zu, dass es E. gelungen sei, in grundlegender Weise die *Möglichkeit*, die biologischen Entwickelungbedingungen der Menschen auf diese Weise zu fördern, nachgewiesen zu haben, nur scheint ihm bei den Anlagen der sich ständig verfeinernden menschlichen Seele die Durchführbarkeit der Polygynie nicht gewährleistet zu sein.“ Wenn ich E. richtig verstanden habe, ist auch er nicht völlig von der Möglichkeit, seine Ansichten zu verwirklichen, überzeugt: nur hängt eben für ihn diese Möglichkeit eng mit der Möglichkeit einer Weiterentwickelung unserer Rasse überhaupt zusammen. G. F. Nicolai (Berlin).

225. **Die Entwickelung der Kindersterblichkeit in Stadt und Land;** von Dr. Friedrich Prinzing. (Ztschr. f. soc. Med. III. p. 99. 1907.)

„Die Entwickelung der Kindersterblichkeit in Stadt und Land vollzieht sich immer mehr nach der Richtung hin, dass da, wo bisher die Städte höhere Ziffern zeigten als das Land, durch rascheren Rückgang der Kindersterblichkeit in den Städten die Ziffern in Stadt und Land sich nähern oder dass die Kindersterblichkeit der Städte unter die der Landgemeinden herabgeht.“ Dieses letztere Verhältniss wird vielfach noch beschleunigt durch Zunahme der Kindersterblichkeit auf dem Lande. Die Ursache für diesen Vergang auf Seiten der Städte liegt, abgesehen vom Rückgang der Geburtziffer, in den stetig sich bessernden hygieinischen Verhältnissen, einschliesslich der Versorgung der unteren Volkschichten mit keimfreier Thiermilch. Die ungünstige Entwickelung auf dem Lande dagegen, eine Entwickelung, die in Anbetracht der körperlichen Ueberlegenheit der Landgeborenen über die Stadtgeborenen eine ernste Gefahr bedeutet, ist bedingt durch Rückgang des Stillens auf dem Lande, durch häufig nur mangelhaft mögliche Deckung des Milchbedarfs der kleinen Leute auf dem Lande in Folge der riesigen Milchzufuhr zu den Grossstädten, endlich dadurch, dass die in letzter Zeit erzielte Verbesserung der künstlichen Ernährung auf dem Lande noch keine Verbreitung gefunden hat. Neumark (Dresden).

226. **Die Sterblichkeit der Kinder der Landbevölkerung;** von Dr. G. Miron und Frl. E. Arbore in Bukarest. (Revista stiintzelor med. p. 391. Oct.—Nov. 1907.)

Die Sterblichkeit der Kinder der ländlichen Bevölkerung Rumäniens ist eine ausserordentlich grosse. Namentlich ist die Sterblichkeit der Säuglinge verhältnissmässig eine viel grössere als in anderen Ländern und auch eine unvergleichlich grössere als diejenige der gleichaltrigen Kinder in den rumänischen Städten. Unter den Todesursachen findet man in erster Reihe den Tetanus neonatorum, dann congenitale Schwäche, Gastroenteritis- und Bronchopneumonie. In der zweiten Kindheit sind es hauptsächlich die infektiösen Krankheiten, wie Diphtherie, Scarlatina, Masern und Keuchhusten, später die sich immer mehr und mehr verbreitende Tuberkulose, die zahlreiche Opfer fordern. Als Gründe dieser traurigen Zustände führen M. u. A. an: die ungünstigen ökonomischen Verhältnisse der Bauern, ihre Ignoranz und althergebrachten Vorurtheile. Auch die noch immer spärliche und schwer zu erlangende ärztliche Hülfe, sowie auch die ungenügende Anzahl diplomirter Hebammen auf dem flachen Lande dürften eine wichtige Rolle spielen.

Zur Abhülfe empfehlen M. u. A. zahlreiche Maassregeln, von denen manche bereits von der jetzigen Regierung in Angriff genommen worden sind und baldigst gesetzlich in Kraft treten werden. So z. B. eine bessere Entlohnung der Feldarbeit, Verpachtung der staatlichen Güter direkt an die Bauern, gesetzliche Regelung der Frauenarbeit, Vermehrung der Schulen, Verbesserung der Verwaltung, Schulung der Massen durch populäre Vorträge, Errichtung von Kinderbewahranstalten, in denen die Kinder der Feldarbeiter unter Aufsicht bleiben sollen, während ihre Eltern bei der Arbeit sind, Vermehrung der Aerzte, der Krankenhäuser, der Dispensarien und Hebammen auf dem flachen Lande u. A. E. Toff (Braila).

227. **Bericht über die Säuglingsfürsorgestellen der Schmidt-Gallischstiftung in Berlin.** *Dem Magistrat im Auftrage der leitenden Aerzte erstattet;* von G. Tugendreich. (Ztschr. f. Säuglingsfürs. II. p. 62. 1908.)

Im Berichtsjahre 1906, vom 1. Jan. 1906 bis 31. März 1907, waren in der Stadt Berlin 5 Säuglingsfürsorgestellen in Betrieb. In ihnen wurden neu aufgenommen 12441 Säuglinge; Zahl der Consultationen 111997, Zahl der Hausbesuche 20677. Von den Kindern erhielten: Brust 5014, gemischte Nahrung 371, Flasche 7756. An Unterstützungen wurde gewährt: a) Geld (81137.67 Mk.) an 3386 stillende Mütter; b) Milch und Nährmittel zu normalen Preisen in 1908 Fällen; c) Milch und Nährmittel zu ermässigten Preisen oder umsonst in 2683 Fällen; d) aus der Milchküche der Säuglingsfürsorgestellen in 611 Fällen. Die Säuglingsfürsorgestellen haben sich nach

T. praktisch bewährt. Für die Zukunft verlangt T.: Engere Verbindung der Armenpflege mit den Säuglingsfürsorgestellen. Einrichtung von Räumen in den Fabriken zur Unterbringung der von den arbeitenden Müttern zu stillenden Säuglinge, Beschleunigung des gerichtlichen Verfahrens bei Ernennung des Vormundes und damit zusammenhängend bei der Entscheidung über die Alimentirung, endlich Angliederung kleiner Krankenstationen an die Fürsorgestellen. Neumark (Dresden).

228. **Ueber die Beziehungen zwischen Säuglingssterblichkeit, Säuglingsernährung und Militärtauglichkeit;** von Prof. Martin Hahn in München. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 11. 1908.)

Die Möglichkeit, durch Besserung der Säuglingspflege und Herabsetzung der Kindersterblichkeit eine kräftigere Generation heranzuziehen und die Erwerbsfähigkeit des Einzelnen wie die Wehrfähigkeit des ganzen Landes zu erhöhen, wurde von Elben (Württemb. Jahrbb. 1900 Bd. I) für Württemberg und von Rahts (Med. statist. Untersuchungen a. d. Kais. Gesundheitamt Bd. IV) bestritten. Diese Autoren haben nach ihren statistischen Untersuchungen der hohen Kindersterblichkeit eine günstige Wirkung im Sinne der Darwin'schen Theorie zugeschrieben und behauptet, dass da, wo schwächliche Individuen in grosser Zahl im ersten Lebensjahre zu Grunde gehen, die späteren Lebensalter eine kräftigere körperliche Entwickelung und im Zusammenhange damit günstigere Mortalitätverhältnisse aufweisen.

H. hat diese Frage weiter geprüft und die in den Jahren 1903—1905 im rechtsrheinischen Bayern endgültig abgefertigten Rekruten seinen Betrachtungen zu Grunde gelegt. Es waren dies insgesammt 146794 Rekruten, von denen 67493 untauglich befunden worden waren. Die Statistik H.'s bestätigt nun keineswegs die von Elben und Rahts gezogenen Schlussfolgerungen. Bei der Betrachtung der Rekrutirungstatistik des rechtsrheinischen Bayerns nach dem Geburtsort aus einem dreijährigen Durchschnitt und der Säuglingsterblichkeit der gleichen Landestheile aus einem fünfjährigen Durchschnitt, mithin aus einem recht bedeutenden Zahlenmaterial, hat sich nach H. nichts ergeben, was für eine Wirkung der Säuglingsterblichkeit im Sinne einer Auslese spricht. Von einer Uebereinstimmung zwischen hoher Säuglingsterblichkeit und hoher Militärtauglichkeit kann deshalb für das rechtsrheinische Bayern nicht die Rede sein.

Einen gewissen Zusammenhang zwischen Säuglingernährung und Militärtauglichkeit darf man annehmen. Zur genaueren Beurtheilung dieser Frage fehlt aber bis jetzt noch eine breitere statistische Grundlage. H. hofft, dass durch die Thätigkeit der Schulärzte und durch Untersuchungen in den Fortbildungsschulen weiteres Material gewonnen wird, ebenso empfiehlt er die Feststellung der Säuglingernährung bei den Impfterminen und Einträge darüber auf den Impfscheinen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

229. **Ueber die Einwirkung der kleinsten Alkoholmengen auf die Widerstandsfähigkeit des thierischen Organismus, mit besonderer Berücksichtigung der Nachkommenschaft;** von T. Laitinen. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LVIII. 1. p. 139. 1907.)

Bei durch längere Zeit fortgesetzter Verabreichung von 0.1 ccm Alkohol pro Tag und Kilogramm Thier wurde bei Kaninchen die Hämolysirbarkeit der rothen Blutkörperchen durch fremdes Serum befördert, die Widerstandfähigkeit gegen Infektionstoffe herabgesetzt und die Nachkommenschaft ungünstig beeinflusst.

Woltemas (Solingen).

230. **Ueber den Einfluss der Ernährung auf die Tuberkulose;** von R. Weigert. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 38. 1907.)

W. kommt auf Grund seiner Untersuchungen an Thieren zu dem Resultate, dass Mästung jeder Art nicht im Stande ist, den Verlauf der Tuberkulose aufzuhalten. Der im Proletariat geübte Modus, den Calorienbedarf durch Kohlehydrate zu decken, schafft günstigeren Boden für die Ausbreitung der Tuberkulose, als der Fettverbrauch. Kohlehydrate sind daher, so weit es ohne Einseitigkeit möglich ist, durch Fette zu ersetzen. Walz (Stuttgart).

231. **La radioscopie et la radiographie appliquées à l'inspection des viandes tuberculeuses;** par H. Martel. (Acad. de Méd. des Sc. Juin 10. 1907.)

Ausgehend von dem Erfahrungsatze, dass bei Bovideen sehr bald die tuberkulös erkrankten Drüsen eine Ablagerung von Kalksalzen zeigen, hat M. die Radioskopie für die Diagnose bestehender Tuberkulose bei diesen in Anwendung gezogen. Während die gesunden Drüsen nur einen schwachen Schatten geben, erscheinen die tuberkulösen unter der Form eines dunklen, körnigen, mehr oder weniger ausgebreiteten Fleckes, je nach dem Grade der Krankheit.

E. Toff (Brailn).

232. **Betrachtungen über das Soldatenbrot;** von H. Bischoff. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 154. 1908.)

Das Soldatenbrot wird unter Verwendung von Sauerteig aus Roggenmehl mit 15% Kleieauszug und 3% Mahlverlust hergestellt. Der hohe Kleiegehalt veranlasst Gährungen im Darmkanale und beeinträchtigt die Ausnutzbarkeit. B. schlägt daher vor, ein Mehl mit 25% Kleieauszug und 3% Mahlverlust zu verwenden; unter Berücksichtigung der besseren Ausnutzung würde sich das daraus bereitete Brot sogar billiger stellen, als das jetzt gebräuchliche. Weltemas (Solingen).

233. **Ueber die Ausnutzung von thierischem und pflanzlichem Fett im menschlichen Organismus;** von Dr. V. Gerlach. (Ztschr. f. physikal. u. diätet. Ther. XII. 2. p. 102. 1908.)

Digitized by Google

Die Versuche wurden bei gemischter Kost angestellt, indem zeitweilig statt der Kuhbutter ein rein pflanzliches Fett (Sanella) gegeben wurde. Irgend welcher Unterschied ergab sich nicht, beide Fette wurden gleich gut ausgenutzt. Auch der Stickstoffumsatz verhielt sich durchaus gleich.

Dippe.

234. **Untersuchungen über das Mittagessen in verschiedenen Wirthschaften Berlins;** von Dr. Karl Kisskalt. (Arch. f. Hyg. LXVI. 3. p. 244. 1908.)

Die werthvollen sorgsamen Untersuchungen K.'s erstreckten sich auf eine Volksküche, 2 kleine Wirthschaften und ein besseres Restaurant. Aus Vergleichen mit früheren ähnlichen Bestimmungen zieht K. den betrüblichen Schluss, dass die Ernährung der Arbeiter und kleinen Leute, die sich nach Voit's bekannten Arbeiten etwa bis zum Jahre 1895 erheblich gehoben hatte, jetzt wieder trotz Erhöhung der Preise recht bedenklich heruntergegangen ist. Erneute Aufklärung thut noth. Dippe.

235. **Zur Frage der wirksamen Kaffeebestandtheile;** von Prof. H. Boruttau. (Ztschr. f. physikal. u. diätet. Ther. XII. 3. p. 138. 1908.)

B. bestätigt durch Thierversuche, dass dem „coffeinfreien Kaffee" in der That die bekannten erregenden Wirkungen des Kaffees fehlen. „Ist einerseits durch diese Versuche der Nachweis geliefert, dass sich durch fabrikmässiges Verfahren thatsächlich so weitgehende Entziehung des Coffeins erzielen lässt, dass der betreffende Kaffee in den praktisch in Betracht kommenden Aufgüssen keine Coffeinwirkung äussert, so liefern sie andererseits einen neuen Beweis dafür, dass die erregende Wirkung des Kaffees nur auf das Coffein zurückzuführen ist." Dippe.

C. Bücheranzeigen.

1. **Handbuch der physiologischen Methodik;** herausgeg. von Robert Tigerstedt. I. Bd. 2. Abth. Leipzig 1908. S. Hirzel. Gr. 8. 232 S. mit 97 Fig. (7 Mk. 50 Pf.)

Das Handbuch der physiologischen Methodik, das nunmehr zu erscheinen beginnt, entspringt einem wirklichen Bedürfnisse. Seit 1876, dem Jahre, in dem Cyon seine „Methoden der physiologischen Experimente und Vivisektionen" herausgab, ist eine zusammenfassende Darstellung der in der Physiologie gebräuchlichen Arbeitmethoden nicht mehr gegeben worden. Da aber gerade in der seitdem vergangenen Zeit in der Versuchsmethodik ungeheuere Fortschritte gemacht worden sind, so wird das Werk Jedem, der experimentell-biologisch arbeitet, hoch willkommen sein.

Das Handbuch wird in Form eines „Sammelwerkes" herausgegeben, in dem die einzelnen Capitel von Forschern verfasst worden sind, die selbst vielfach auf den betreffenden Gebieten gearbeitet haben. Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich. In den Text sind zahlreiche Abbildungen von Apparaten, Versuchsobjekten u. s. w. eingefügt, die dio Darstellung wesentlich beleben. Sie sind einfach und anschaulich gehalten und mustergültig ausgeführt.

Die dem *Ref.* vorliegende 2. Abtheilung des I. Bandes enthält eine Darstellung der Methoden der Erforschung des Lebens der Protisten, der wirbellosen Thiere nnd die Anwendung der physikalisch-chemischen Methoden in der Physiologie. Diese Capitel der Physiologie sind noch relativ jungen Datums und finden sich noch nirgends von dem hier herrschenden Gesichtspunkte aus zusammengefasst. Die 2. Abtheilung des I. Bandes umfasst ungefähr 14 Druckbogen.

Dittler (Leipzig).

2. **Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung;** herausgegeben von W. Weichardt. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. Gr. 8. 448 S. (14 Mk.)

Entsprechend der Zunahme des Umfanges um fast das Doppelte ist der Jahresbericht wesentlich erweitert worden durch Ausdehnung auf Grenzgebiete, besonders die Carcinom- und Opsoninfrage. Eine neue vortreffliche Einrichtung ist die Führung in einzelnen, im Vordergrunde des Interesses stehenden Fragen durch Specialforscher, so von Schöne, der die Beziehungen der Immunitätforschung zur Lehre von den Geschwülsten, und von Rosenthal, der die Opsonine in einer allgemeinen Uebersicht behandelt. Vom Herausgeber selbst sind eine allgemeine Uebersicht, sowie eine Zusammenfassung und ein Ausblick gegeben. Die alphabetische Anordnung der Referate, denen ein Sachregister folgt, erleichtert den Gobrauch ungemein. Das für die Specialforschung unentbehrliche Buch ist zur Orientirung über die mehr nnd mehr anschwellende Literatur auch für den praktischen Arzt werthvoll. zumal die opsonischen und Complementablenkungsmethoden ausführlich mitgetheilt sind.

Walz (Stuttgart).

3. **Technik der serodiagnostischen Methoden;** von Dr. Paul Th. Müller. Jena 1908. Gustav Fischer. Gr. 8. VI u. 55 S. (1 Mk. 50 Pf.)

Das Büchlein giebt in knapper Form eine Uebersicht über die Technik der serodiagnostischen Methoden. M. verzichtet ausdrücklich auf jede theoretische Würdigung der einzelnen Methoden und beschränkt sich streng auf präcise Angabe des für die Ausführung der Reaktionen Nothwendigen. Bei dem grossen praktischen Interesse, das gerade in jüngster Zeit serodiagnostische Methoden gewonnen haben, ist das kleine Werk mit Freuden zu begrüssen. Es wird besonders dem Kliniker die Anwendung der neuen Errungenschaften der Immunitätsforschung erleichtern. Löhlein (Leipzig).

4. **Klinische Semiotik,** *mit besonderer Berücksichtigung der gefahrdrohenden Symptome und deren Behandlung;* von Prof. Alois Pick und Dr. Adolf Hecht. Wien u. Leipzig 1908. Alfred Hölder. Gr. 8. XXXIX u. 969 S. (21 Mk.)

P. u. H. tragen dem Umstande Rechnung, dass wir den meisten Krankheiten gegenüber immer noch auf eine symptomatische Behandlung angewiesen sind, und sprechen die einzelnen in Betracht kommenden Erscheinungen sorgsam durch. Den Begriff der gefahrdrohenden Symptome fassen sie sehr weit und rechnen Alles dazu, was eine schwer ausgleichbare oder dauernde empfindliche Schädigung des Wohlbefindens bewirken kann.

Der Inhalt des umfangreichen Buches geht am besten aus den Ueberschriften der Hauptcapitel hervor.

I. Allgemeine Symptome (Haut, Ernährung, Temperatur). II. Störungen der Herzthätigkeit. III. Störungen der Athmung. IV. Der Brustschmerz. V. Der Husten. VI. Der Auswurf. VII. Erbrechen. VIII. Störungen der Nahrungsaufnahme. IX. Die Untersuchung des Mageninhaltes. X. Diarrhöe, Obstipation und Obstruktion, Darmverengerung und Verschluss, Ikterus. XI. Schmerzen im Abdomen, Tenesmus und Schmerzen im Mastdarm, Meteorismus. XII. Stuhluntersuchung. XIII. Hämorrhagien. XIV. Blutuntersuchung. XV. Hydrops. XVI. Harnuntersuchung. XVII. Schwere allgemeine Infektionen. XVIII. Die Autointoxikation. XIX. Nervöse Reizungs- und Lähmungserscheinungen. XX. Der Kopfschmerz. XXI. Die Bewusstlosigkeit. XXII. Die Schlaflosigkeit. XXIII. Vertigo. XXIV. Blasenstörungen.

Inhalt genug! *Ref.* möchte meinen, dass zuviel in das Buch hineingearbeitet ist. Vielleicht wäre es richtiger, das wirklich semiotisch und therapeutisch Wichtige in übersichtlicher Anordnung klarer herauszuheben. Jedenfalls ist das Buch nur dem fertigen Mediciner zu empfehlen, der Vieles und vieles Brauchbare darin finden wird. Dippe.

5. **Die percutane Entgiftung.** *Ein wirksames Heilverfahren gegen alle fieberhaften Krankheiten;* von Dr. F. Schürer von Waldheim in Wien. Wien u. Leipzig 1908. Spielhagen u. Schurich. Gr. 8. VII u. 172 S. (8 Mk. 50 Pf.)

Sch. v. W. verkündet mit grossem Pomp die „neue Lehre", dass die Hautausscheidungen entfiebernd und entgiftend wirken. „Für die Herausschaffung der Stoffwechsel- und Krankheitsgifte sorgen hauptsächlich die grossen tiefliegenden Knäueldrüsen der Axillargegend, während die kleinen Knäueldrüsen der Gesammthaut minder giftige Säuren in Wasser gelöst an die Oberfläche bringen und die Talgdrüsen lediglich das Hautfett liefern." Darauf beruht Sch. v. W.'s Therapie, auf einer starken Anregung dieser Hautthätigkeit.

Den Haupttheil des Buches nimmt eine geschichtliche Uebersicht ein, die in der Lobpreisung von Gustav Jaeger und Heinrich Lahmann gipfelt. Dippe.

6. **Grenzgebiete in der Medicin.** *Vierzehn Vorträge anlässlich der Eröffnung des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen.* Herausgegeben vom Centralcomnitee für das ärztl. Fortbildungswesen in Prenssen, in dessen Auftrage redigirt von Prof. R. Kutner. Jena 1908. Gustav Fischer. 8. 447 S. (6 Mk.)

Das gut ausgestattete Buch enthält folgende werthvolle Vorträge:

Medikamentöse und mechnotherapeutische Behandlung von Respirations- und Cirkulationsstörungen von Ch. Bämmler; Gehirn und Auge von v. Michel; Die Behandlung der septischen Infektion von E. Lexer; Die Verhütung der Infektionskrankheiten auf Grundlage der neueren Erfahrungen von Gaffky; Experimentelle Carcinomstudien an Mäusen von P. Ehrlich; Ueber den heutigen Stand der Therapie der Nervenkrankheiten von L. Edinger; Die chirurgische und interne Behandlung der Appendicitis von Th. Rumpf; Der Ausbau der klinischen Untersuchungsmethoden von Fr. Müller; Die wichtigsten Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei Erkrankungen des Darmes von H. Curschmann; Der Einfluss der bakteriologischen Forschungsergebnisse auf die Anschauungen in der allgemeinen Pathologie von v. Baumgarten; Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheiten von H. Kehr; Das Wesen und die Behandlung der Neuralgie von Burdenheuer; Uebung, Gymnastik und Massage bei der Behandlung von Knochen- und Gelenkerkrankungen von A. Hoffa; Die mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten von H. Frenkel-Heiden. Dippe.

7. **Die Pathologie der Nebennieren und des Morbus Addisonii;** von Dr. Alexander Bittorf in Breslau. Jena 1908. Gustav Fischer. Gr. 8. 166 S. (4 Mk.)

In der sehr fleissigen Arbeit giebt B. auf Grund eines sorgfältigen Literaturstudium und unter Berücksichtigung eigener klinischer und anatomischer Untersuchungen ein Bild von der Klinik und Pathogenese der Nebennierenerkrankungen:

Ueber *angeborene* Erkrankungen der Nebennieren ist nicht viel bekannt; viel wichtiger sind die *erworbenen* Erkrankungen. Fälle mit *akuter* Entstehung der Störung (z. B. Blutungen) sind klinisch nicht sicher zu erkennen, hingegen bieten die Fälle von *chronischer* Nebennierenerkrankung ein wohl charakterisirtes Bild (Addison'sche Krankheit).

Hierbei hat man die seltenere *primäre* Erkrankung der Nebennieren, d. h. eine idiopathische von den Nebennieren ausgehende, bez. „sie isolirt befallende Krankheit durchaus unklarer Aetiologie (Atrophie, Schrumpfung), von den viel häufigeren *sekundären* Erkrankungen zu unterscheiden, in denen ein bekannter Krankheitvorgang (Tuberkulose, Syphilis, Tumoren) die Nebennieren ergreift.

Der klinische Verlauf der primären und sekundären Formen zeigt eine weitgehende Uebereinstimmung. Die Hauptsymptomengruppen sind folgende: asthenisch-nervöse, cirkulatorische, gastrointestinale Störungen und Auftreten abnormer Pigmentationen. Die Ursache der Krankheit ist allein in einer Störung der Nebennierenfunktionen (mangelnde Sekretion, Ausfall der Entgiftung), nicht in einer Erkrankung des Sympathicus zu suchen. Der Ausgang der primären Form ist unbedingt, der der sekundären Form sicher in den meisten Fällen tödtlich. Die Behandlung ist rein symptomatisch, da der Versuch einer causalen Therapie durch Verabreichung von Nebennierensubstanzen als gescheitert angesehen werden muss. Ueber Veränderungen der Nebennieren bei Intoxikationen, Infektionen und bei Erkrankungen anderer Organe ist noch nicht viel bekannt.

Riebold (Dresden).

8. **Ueber klinische Prognose;** von Dr. Norbert Ortner in Innsbruck. Wien u. Leipzig 1908. Wilh. Braumüller. Gr. 8. 101 S. (1 Mk. 80 Pf.)

O. stellte sich die Aufgabe, in das grosse, bisher meist etwas stiefmütterlich behandelte Gebiet der modernen klinischen Prognostik, unter Berücksichtigung der neuesten Forschungen einzelne Streifzüge zu unternehmen.

In der für den praktischen Arzt bestimmten, ausserordentlich klar und anregend geschriebenen Abhandlung werden zunächst allgemeine Fragen berührt, die sämmtlich an treffenden Beispielen erläutert werden. Zuerst die Frage: Liegt eine heilbare oder unheilbare Krankheit vor? Bei unheilbaren Krankheiten ist namentlich die Dauer der Krankheit zu prognosticiren. Bei heilbaren Krankheiten ist die Prognose plötzlicher Zufälle, die Prognose des Eintrittes einer Krise oder eines Recidivs wichtig. Die Prognose ist verschieden, je nachdem eine Krankheit mit oder ohne Complikationen auftritt, je nachdem sie das gewöhnliche, oder ein ungewohntes Bild zeigt. In diesem Capitel wird u. A. der Einfluss der Menstruation, bez. Ovulation auf die Prognose zahlreicher innerer Erkrankungen ausführlich behandelt. Weiter werden die prognostischen Folgerungen berührt, die sich beim Hinzutreten einer Krankheit zu einer schon vorhandenen ergeben, und endlich wird die Frage behandelt, inwieweit die Prognose interner Krankheiten zu unserer Therapie in Beziehung tritt.

Im 2. Theile der Abhandlung werden einzelne *specielle* prognostische Fragen erörtert, die uns die Klinik und die klinischen Hülfswissenschaften in der letzten Zeit gelehrt haben; so die prognostische Bewerthung einer Angina, der Achylie, einer infektiösen Myokarditis, der Glykosurie, der fieberhaften Temperatursteigerungen im Allgemeinen, des Kernig'schen Phänomens, der Entartungsreaktion, der Herzarrhythmie u. s. w. Endlich werden die prognostischen Anhaltepunkte gewürdigt, die man aus der Hämatologie, der chemischen und mikroskopischen Urinuntersuchung, der Körpergewichtbestimmung, der Blutdruckmessung, der Lumbalpunktion, der Kryoskopie, der Radiologie, der Bakteriologie und der Serumdiagnostik gewinnen kann.

Riebold (Dresden).

9. **Die entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen der Nase im Röntgenbilde;** von Prof. A. Kuttner in Berlin. Berlin u. Wien 1908. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 4. Mit 20 photograph. Tafeln. (20 Mk.)

Die vortrefflichen Bilder zeigen, bis zu welcher Vollkommenheit sich die Durchleuchtung des Schädels mit Röntgenstrahlen und die Diagnostik speciell der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen entwickelt haben. K. stellt zuerst die gesunden Verhältnisse dar und dann die verschiedenen Formen der Entzündung und ganz besonders des Empyems der verschiedenen Höhlen. Die Wiedergabe der Photographien ist vortrefflich gelungen.

Dippe.

10. **Die Krankheiten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung;** von Dr. Leo Katz in Kaiserslautern. Würzburg 1908. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). 8. 170 S. mit 8 Tafeln u. 34 Abbild. im Texte. (Brosch. 6 Mk. 80 Pf., geb. 8 Mk.)

Eine Monographie der Krankheiten der Nasenscheidewand gab es bisher noch nicht. Alle Krankheiten des Septum wurden zugleich mit den anderen Theilen der Nase abgehandelt, weil das Septum häufig miterkrankt. Es giebt nun aber eine grosse Anzahl Affektionen, die nur das Septum befallen und dieses veranlasste K. seine Monographie zu schreiben.

K. behandelt Difformitäten, Frakturen und Luxationen, Tuberkulose, Syphilis, Rhinosklerom, die malignen Tumoren, die gutartigen Tumoren, die circumscripten Entzündungen der Nasenscheidewand traumatischen und nicht traumatischen Ursprunges.

Die einzelnen Abschnitte sind durchweg klar und eingehend geschrieben. Sehr weitschweifig sind, der Zeit gemäss, natürlich die Difformitäten behandelt. Wir vermissen aber in diesen Abschnitten die Erwähnung der Schief- und der Höckernasen, die vielfach, wenn auch keine Krankheit, so doch eine Abnormität der Scheidewand darstellen und Anlass zur Behandlung geben können.

Digitized by Google

Die Illustrationen, die den einzelnen Capiteln vorangeschickt und die Abbildungen, die dem Texte beigegeben sind, tragen zum Verständnisse wesentlich bei. Hoehheim (Halle a. d. S.).

11. **Geschichte der Laryngologie in Würzburg;** von Prof. Dr. Otto Seifert in Würzburg. Würzburg 1908. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). 8. 68 S. (3 Mk. 50 Pf.)

Die Laryngologie wurde 1859 von Gerhardt in Würzburg als Lehrfach eingeführt. Von 1861—1870 unterblieben dann die Vorlesungen wieder, wahrscheinlich aus Mangel an geeigneten Räumlichkeiten, an Kranken oder an Zuhörern. Von 1870 an wurde die Laryngologie wieder regelmässig zum Theil mit klinischer Propädeutik und mit der Auskultation und Perkussion behandelt im Semester oder in den Ferien mitunter unter sehr starker Betheiligung.

Eine grosse Beliebtheit fand dieses Lehrfach bis 1905 aber weder bei der Fakultät, noch bei dem Cultusministerium und die jeweiligen Docenten hatten dementsprechend mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen und mussten grosse Geldopfer bringen, um überhaupt Vorlesungen zu Stande zu bringen.

Erst Ende 1905 begann für die Rhinolaryngologie in Würzburg eine neue Aera. Das Cultusministerium bewilligte 5000 Mark für eine Nasen- und Kehlkopf-Poliklinik, zu deren Vorstande Prof. Seifert ernannt wurde.

Am Schlusse der Broschüre sind die wissenschaftlichen Arbeiten aufgeführt, die im Laufe der Jahre aus der Nasen- und Kehlkopf-Poliklinik hervorgegangen sind.

Hoehheim (Halle a. d. S.).

12. **Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberkulose;** von Dr. G. Besold in Badenweiler und Dr. H. Gidiensen in Düsseldorf. Berlin 1907. Georg Reimer. 8. 119 S. mit 7 Tafeln u. 1 Textabbildung. (4 Mk.)

Diese Monographie, die den langjährigen Erfahrungen B.'s u. G.'s entsprang, giebt eine Uebersicht der Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberkulose. Das Buch ist nach dem Schema eines Lehrbuches eingerichtet und anregend geschrieben. Die statistischen Angaben gründen sich auf 2000 Lungenkranke, von denen 498 gleichzeitig an Kehlkopftuberkulose litten. Nach Ansicht B.'s u. G.'s ist eine Kehlkopftuberkulose ohne Lungentuberkulose nicht möglich, auch wenn die letztere *nicht nachweisbar* ist. Für die Infektionquelle halten sie das Lungensputum, haben aber nicht die Ueberzeugung, dass der Grad der Lungenerkrankung für die Schwere der Larynxtuberkulose bedingend sei.

Für die Behandlung der Larynxtuberkulose empfehlen B. u. G. die chirurgische mit nachfolgender Aetzung der Wundfläche mit 75proc. Milchsäure neben diätetischer und physikalischer Therapie. Sie beobachteten hierbei 20% Heilungen, 41% Besserungen, 35% Unbeeinflusste und 4% Verschlechterungen. Traten die Kranken frühzeitig in Behandlung, so blieb in den meisten Fällen ein Erfolg nicht aus, häufig sogar ohne lokale Therapie.

Hochheim (Halle a. d. S.).

13. **Grundzüge der physiologischen Psychologie;** von Prof. Wilhelm Wundt in Leipzig. 6. umgearb. Auflage. I. Bd. Leipzig 1908. Wilh. Engelmann. Gr. 8. XVI u. 725 S. mit 19 Fig. im Text. (13 Mk.)

Die 6. Auflage von W.'s physiologischer Psychologie braucht kaum eine Anzeige, geschweige denn eine Empfehlung; das Werk ist längst zu einem unentbehrlichen Führer für Alle geworden, die für die moderne naturwissenschaftliche Richtung der Psychologie Interesse besitzen. Bisher liegt von der neuen Auflage nur der 1. Band vor, der durchgreifende Aenderungen gegenüber der 5. Auflage nicht aufweist. Ganz umgestaltet ist nur das 9. Capitel, das die Intensität der Empfindung behandelt. Hier sind, wie es im Vorworte heisst, die für die psychische Grössenmessung bestimmenden psychologischen Gesichtspunkte klar entwickelt und dementsprechend die Ausführungen über die psychischen Messmethoden einer Revision unterworfen werden. Bumke (Freiburg i. B.).

14. **Klinik für psychische und nervöse Krankheiten;** von Prof. Robert Sommer in Giessen. II. Bd. 1 u. 2. Heft. Halle a. d. S. 1907. Carl Marhold. Gr. 8. 504 S. (Je 3 Mk.)

Die beiden ersten Hefte des 2. Bandes der S.'schen Klinik enthalten die folgenden Arbeiten:

Eine Studie von Paul Ranschburg über Art und Werth klinischer Gedächtnissmessungen bei nervösen und psychischen Erkrankungen liegt bisher nur in ihrem ersten Theile vor; auf sie wird später zurückzukommen sein.

Dann folgt eine Arbeit von Carl Lechner über die Schlaflosigkeit in Folge von Störungen des Vorschlafes, die soviel complicirte theoretische Ausführungen enthält, dass sich ihr Inhalt kurz nicht wiedergeben lässt.

Der Beitrag zur Psychologie der Aussage, den J. Hampe bringt, bezieht sich auf einen Schwachsinnigen, der wegen Meineids angeklagt und verurtheilt worden ist, obwohl Hampe ihn für unzurechnungsfähig erklärt hatte.

Das 2. Heft wird eingeleitet durch eine klar geschriebene Darstellung der leichteren Formen der periodischen Störungen des Nerven- und Seelenlebens, die L. Roemheld verfasst hat.

L. Laquer in Frankfurt a. M. bespricht die Bedeutung der Fürsorgeerziehung für die Behandlung und Versorgung von Schwachsinnigen, ein Aufsatz, der sich zwei früheren, an der gleichen Stelle veröffentlichten Arbeiten desselben Vfs. eng anschliesst. Die Thesen, die Laquer am Schlusse seines Aufsatzes aufstellt, sind die folgenden.

1) Die Erkennung angeborener Geistesschwäche ist in den ersten 3 Schuljahren möglich. 2) Die Feststellung geistiger Mängel, die einen Sonderunterricht nöthig machen, geschieht am Sichersten in gemeinsamer Berathung durch Lehrer und Aerzte. 3) Die Hülfsschulen für schwachbefähigte (schwachsinnige) Kinder bedurfen besonderer schulärztlicher Einrichtungen. Ihre Aerzte müssen eine

psychiatrische Vorbildung haben und den Hülfschulen mehr Zeit widmen, als den Volksschulen. 4) Die Lehrziele in den Hülfschulen dürfen allerhöchstens den Mittelklassen einer Volksschule entsprechen. Die Schülerzahl in der Klasse darf nicht höher als 18 sein. Ein gemeinsamer Unterricht von Knaben und Mädchen ist anzustreben. Auf Anschauung mit Handfertigkeit ist in Hülfschulen mehr Werth zu legen, als auf Rechnen und Wortwissen. Eine strenge Auslese und besondere Besoldung der Lehrer für Hulfschulen ist nothwendig. 5) Die schulentlassenen Hülfschulzöglinge bedürfen einer weitgehenden und langjährigen Fürsorge durch Fürsorgevereine (Berufsvormünder, Pfleger, Fürsorger). 6) Die Debilen und Imbecillen müssen nach ihrer Schulentlassung fern von der Grossstadt in besonderen Anstalten zur Arbeit erzogen werden. Die Einrichtung von Arbeitlehrcolonien im Anschlusse an Lehrstellen und Familienpflege (bei Kleinmeistern), am besten unter ländlichen Verhältnissen, ist zu fordern. 7) Die gesetzliche Fürsorgeerziehung hat grosse Mängel, zu deren Beseitigung die Mitwirkung von Psychiatern dringend nöthig erscheint. 8) Die Führung von Personalbogen über Schwachsinnige in der Schule und von Fürsorgeregistern nach der Schulentlassung bis zur Mündigkeit ist zur Beobachtung, Behandlung und Versorgung von Schwachsinnigen erforderlich; sie sollen dazu bestimmt sein, die Armen- und Justizverwaltung und die Aushebungsbehörden, sowie die Heeresverwaltung über die Fähigkeiten und den Charakter der Schwachsinnigen zu unterrichten.

Das 2. Heft beschliesst eine Arbeit von Bernhardt Rosenthal in Berlin, die einen Beitrag zur Symptomatologie des Hinterhauptlappens darstellt. Bumke (Freiburg i. B.).

15. **Die Chorea minor, der Veitstanz** *(Sydenham'sche Chorea, Chorea infectiosa)*; von Prof. F. Siegert in Köln. [Würzb. Abhandl. a. d. Gesammtgeb. d. prakt. Med. VIII. 2.] Würzburg 1907. A. Stuber's Verl. (Curt Kabitzsch). Gr. 8. 14 S. (85 Pf.)

Ein klarer und vollständiger klinischer Vertrag. *Ref.* möchte den Arsen-Präparaten, die S. empfiehlt, noch das Atoxyl, mit dem verzügliche Erfolge erzielt werden, hinzufügen.

Bumke (Freiburg i. B.).

16. **Die progressive allgemeine Paralyse.** Auf Grund der Darstellung von weiland Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing neu bearbeitet von H. Obersteiner. 2. Aufl. Wien u. Leipzig 1908. Alfred Hölder. Gr. 8. VII u. 217 S. (5 Mk. 20 Pf.)

Seit dem Erscheinen der ersten von v. Krafft-Ebing herrührenden Auflage sind 14 Jahre vergangen. Wie zu erwarten war, hat die Neubearbeitung O.'s nur wenig unverändert aus der ersten Auflage herübergenommen und andererseits so viel Neues hinzugefügt, dass sich der Umfang des Buches fast auf das Doppelte vergrössert hat. Die wichtigste Erweiterung bildet naturgemäss die übersichtliche und erschöpfende Darstellung der pathologischen Anatomie. Demnächst sind die Capitel über Aetiologie und Pathogenese hervorzuheben. Bezüglich der Aetiologie steht O. auf einem so zu sagen vermittelnden Standpunkte, indem er annimmt, dass „fast immer" Beziehungen zu einer syphilitischen Infektion bestehen, ohne dass sich übrigens die Art dieser Beziehungen zur Zeit erkennen lasse. Daneben wird besonders einer angeborenen und weiterhin einer durch die verschiedensten Schädlichkeiten erworbenen Disposition eine mehr oder weniger grosse Bedeutung zugeschrieben. Was die angeborene Disposition anbetrifft, so hält es O. für strittig, ob dieser oder der Syphilis eine grössere ätiologische Werthigkeit beizumessen ist. Anfechtbar erscheint der Satz, dass dem Trauma „mindestens die gleiche ätiologische Bedeutung wie dem Alkohol" zukomme. In pathogenetischer Beziehung wird mit Recht der Charakter der Paralyse als einer Allgemeinerkrankung betont. Eine eingehende und alles wichtige berücksichtigende Besprechung erfährt die Diagnose. Den Schluss bildet eine Besprechung der forensischen Bedeutung der Paralyse und ein sehr umfangreiches Literaturverzeichniss.

Meritz (Leipzig).

17. **Landläufige Irrthümer in der Beurtheilung von Geisteskranken**; von O. Bumke. Wiesbaden 1908. J. F. Bergmann. 8. 80 S. (2 Mk.)

In der *Einleitung* weist B. auf die zahlreichen unheilvollen Folgen der allzu späten Erkennung oder ungenügenden Versorgung der Geisteskranken hin. Der Grund dafür liegt in dem Misstrauen des Publicum den Irrenärzten gegenüber. Die *Hauptschuld* daran trägt aber die *mangelnde Sachkenntniss der praktischen Aerzte*. Es folgt ein kurzer Ueberblick über *Ursachen* und *Erkennung* des Irreseins, ferner eine Besprechung der *wichtigsten Psychosen* und *Neurosen*, nebst ihrer Prognose und Therapie. Zum Schlusse erörtert B. die *Beurtheilung des Geisteskranken vor Gericht*, mit Erwähnung und Erläuterung der wichtigsten Paragraphen des B.G.B. und St.G.B.

Auf fast alle wichtigen Fragen der praktischen Psychiatrie ist B. in seiner Schrift, wenn auch in knappster Form, so doch klar und übersichtlich eingegangen. Vor Allem sei auf die Abschnitte hingewiesen, die sich mit der Erkennung der leichten Irreseinsformen, der beginnenden progressiven Paralyse, dann mit der Suicidgefahr beschäftigen: sie enthalten für den Praktiker unbedingt nothwendige Hinweise. Auch auf die Ausführungen über forensische Fragen möchte *Ref.* hinweisen. Sie zeigen, wie wenig der praktische Arzt den leider nur allzu oft an ihn herantretenden Anforderungen als Sachverständiger und Gutachter gerecht werden kann. B.'s Schrift kann Jedem, der für die Psychiatrie Interesse hat, vor Allem aber dem praktischen Arzte warm empfohlen werden. Sie enthält viel Gutes in angenehmer Form.

Voss (Greifswald).

18. **Allgemeine Chirurgie in 50 Vorlesungen.** *Kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende*; von Prof. Dr. Edmund Leser

in Halle a. d. S. 2. umgearb. Aufl. Jena 1908. Gustav Fischer. Gr. 8. XXXIf u. 772 S. mit 240 theils farbigen Abbild. im Text. (18 Mk.)

Nach $2^1/_1$ Jahren bereits hat auch die *allgemeine* Chirurgie von Leser eine neue Auflage erlebt. Auch dieses in Vorlesungsform geschriebene Buch verdankt wohl seinen grossen Erfolg in erster Linie der gewandten, flüssigen Darstellung. L. hat sich bemüht in dieser 2. Auflage, alle die in den Kritiken und Referaten gegebenen Rathschläge, soweit es angezeigt schien, zu berücksichtigen. Zu kurz gekommene Abschnitte hat er ausführlicher behandelt, auch ganze Abschnitte neu hinzugefügt. Dagegen hat er sich nicht entschliessen können, Behandlungs- und Untersuchungsmethoden aufzunehmen, deren Werth noch nicht festgestellt, deren thatsächliche Erprobung noch nicht genügend erfolgt ist.

Das vortrefflich ausgestattete Buch wird sich auch in der neuen Auflage zahlreiche weitere Freunde erwerben; es verdient es auch.

P. Wagner (Leipzig).

19. **Die specielle Chirurgie in 60 Vorlesungen.** *Kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende;* von Prof. Dr. Edmund Leser in Halle a. d. S. 8. vermehrte u. verbesserte Aufl. Jena 1908. Gustav Fischer. Gr. 8. 1279 S. mit 410 theils farbigen Abbild. im Text. (24 Mk.)

Seit der in der 1. Hälfte des J. 1900 erschienenen 4. Auflage der Leser'schen speciellen Chirurgie sind alle 2 Jahre neue Auflagen nöthig geworden. Jetzt ist vor Kurzem die 8. Auflage erschienen, die wiederum mancherlei Aenderungen und Ergänzungen aufzuweisen hat. L. hofft dadurch in dem Buche „dem Studirenden und jungen Arzte ein leidlich vollständiges Bild über den jetzigen Stand unserer chirurgischen Kunst gegeben zu haben". Ueber die grossen Vorzüge der L.'schen speciellen Chirurgie sind wohl Alle einig; die günstige Prognose, die ihr von der Mehrzahl der Kritiker bereits bei der 1. Auflage gestellt worden ist, hat sich glänzend bewahrheitet. Gegenüber der 4. Auflage mit ihren 1092 Seiten beträgt der Umfang der 8. Auflage 1279 Seiten! Das ist das Einzige, das wir dem Buche zum Vorwurfe machen müssen. Es ist jetzt ein zu dicker unhandlicher „Wälzer" geworden. Kann L. bei einer neuen Auflage den Umfang des Werkes nicht wieder etwas verkleinern, was wir entschieden für das Beste halten würden, so muss er sich wenigstens entschliessen, das Werk in *zwei* Bänden erscheinen zu lassen.

Die äussere Ausstattung des Buches zeigt alle die bekannten Vorzüge des Fischer'schen Verlages.

P. Wagner (Leipzig).

20. **Die Hygiene des Auges im Privatleben;** von Dr. Kauffmann. München 1907. Verl. d. ärztl. Rundschau (Otto Gmelin). 8. 21 S. (60 Pf.)

Der allgemeinverständlich gehaltene Aufsatz giebt allerlei gute Rathschläge, deren Befolgung dem Laien nutzbringend sein kann.

Bergemann (Husum).

21. **Die augenärztlichen Operationen;** von Wilhelm Czermak. 2., vermehrte Auflage herausgeg. von Prof. Dr. Anton Elschnig. 1. Bd. Berlin u. Wien 1908. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 572 S. mit Abbild. (20 Mk.)

Das hervorragende, auf breitester wissenschaftlicher Grundlage und reichster persönlicher Erfahrung aufgebaute Werk war vergriffen, es ist ein unentbehrlicher Bestand jeder augenärztlichen Bücherei geworden. Jedes Wort zur Kennzeichnung seines allseitig anerkannten hohen Werthes erübrigt sich. Der vorliegende I. Band ist von Elschnig mit einer Reihe grösserer Ergänzungen versehen, insbesondere bei der Besprechung der Lidplastik, Ptosisoperation, Thränensackausschneidung und Resektion der Augenhöhlenknochen. Es sei der Hinweis gestattet, dass neben der Inhaltsangabe nach der Seitenzahl und dem Autorenregister auch ein nach dem Abc geordnetes Sachverzeichniss für die Neuauflage wünschenswerth erscheint. Dadurch würde die Gebrauchfähigkeit wesentlich gefördert, besonders für die, die sich erst in das Buch hineinfinden sollen. Bergemann (Husum).

22. **Stereoskopische Bilder.** *24 Tafeln zum Gebrauch für Schielende;* von Dr. v. Pflugk. 2. Auflage. Wiesbaden 1907. J. F. Bergmann. Gr. 8. (2 Mk. 80 Pf.)

„Die neue Auflage der Bilder ist wie die erste im Wesentlichen dem kindlichen Verständniss angepasst, jedoch auch der Erwachsene wird sich mit Erfolg derselben bedienen können." Es sind 6 neue Bilder für Uebungen beim Seitenschielen und 4 Tafeln zu Uebungen bei Höhenablenkungen hinzugekommen. Bergemann (Husum).

23. **Ueber subjektive optische Anschauungsbilder;** von Victor Urbantschitsch in Wien. Leipzig u. Wien 1907. Franz Deuticke. Gr. 8. 123 S. mit 3 Tabellen u. 3 Bildern als Beilagen. (4 Mk.)

a) Gedächtnissbilder. Bei optischen Gedächtnissbildern ist die einfache Vorstellung des Gesehenen von den anschaulichen Gedächtnissbildern zu unterscheiden. Der vorausgegangene Gesichteindruck wird in dem einen Falle blos vorgestellt, in dem anderen dagegen subjektiv wiedergesehen. Man kann sich an früher Gesehenes deutlich erinnern, vermag dieses in seinen Einzelheiten zu beschreiben, ja auch darzustellen, ohne es nothwendigerweise in seiner subjektiven Anschauung zu haben, wogegen das anschauliche Gedächtnissbild bei Verschluss der Augen oder im dunkeln Raume, zuweilen auch bei offenen Augen den früheren Gesichteindruck als solchen in einer sogar halluci-

Digitized by Google

natorischen Deutlichkeit wiedergiebt. Die Veranlagung zu anschaulichen Gedächtnissbildern zeigt grosse persönliche Verschiedenheiten. Jugendliche, leicht erregbare Personen haben sie besonders lebhaft und Uebung ruft sie allmählich immer deutlicher hervor. Sie können sich von selbst einstellen und können willkürlich hervorgerufen werden. (Mit den Nachbildern haben sie nichts zu thun.) Durch thermische, akustische, optische und elektrische Reize können das Auftreten der Gedächtnissbilder, ihre Vollständigkeit, ihre Grösse, ihre Helligkeit, ihre Farbe und ihre Ruhe oder Bewegung beeinflusst werden. Auf 106 Seiten führt U. die Erscheinungen auf, die er an seinen Versuchspersonen und sich über Gedächtnissbilder und ihr Verhalten beobachtet hat. Doch sind die Ergebnisse bei verschiedenen Personen auf die gleichen Reize hin so ungleichartige, dass sich zusammenfassende Regeln nicht aus ihnen ableiten lassen. Es hat auch die willkürliche Ueberlegung, die Combination, einen zu grossen Einfluss bei diesen Versuchen, als dass man etwas Genaues erwarten könnte. U. führte die Versuche aus, indem er Bilder, Zahlenreihen, Sätze, Buchstabenreihen einmal oder mehrmals betrachten liess, und dann bei geschlossenen Augen die Versuchpersonen ihr Gedächtnissbild beschreiben liess. Dann wurden die verschiedenen Reize, z. B. Kälte auf eine Wange, ein bestimmter Ton vor dem einen oder dem anderen Ohre, Beleuchtung der geschlossenen Lider und dergleichen in Anwendung gebracht und dabei musste die Versuchperson die eintretenden Aenderungen im Gedächtnissbilde schildern. Es zeigten sich erstaunliche Aenderungen: Theile von Bildern traten im Gedächtnissbilde auf, die bei der Betrachtung nicht zum Bewusstsein gekommen waren, regellose Buchstabenreihen ordneten sich durch Umstellung zu Worten und Sätzen, verkehrte Zifferreihen richteten sich im Gedächtnissbilde wieder auf und konnten richtig genannt werden, getrennte Bilder verschmolzen zu einem ganzen, fehlende Theile der Vorlage wurden im Gedächtnissbilde ergänzt. Aber auch umgekehrt wies das Gedächtnissbild oft Lücken und Fehler im Vergleiche zum Gesehenen auf.

h) Die durch Denkvorgänge beeinflussten Erscheinungen im subjektiven Gesichtfelde. Bei Personen mit optischen, anschaulichen Gedächtnissbildern können auch Denkvorgänge subjektive optische Anschauungsbilder hervorrufen, wodurch sich sonst unbewusst verlaufende Denkprocesse im Anschauungsbilde bemerkbar machen. Bei Versuchen mit der Betrachtung von falsch geschriebenen Worten erschienen diese im Gedächtnissbilde richtig geschrieben, wobei entweder ein fehlender Buchstabe ergänzt, oder ein falscher durch den richtigen ersetzt, oder schliesslich ein überflüssiger ausgeschieden wurde, um ein sinngemässes Wort zu erhalten. Das Gleiche geschah bei Sätzen, denen ein Wort fehlte oder in die ein überflüssiges eingefügt worden war. Bei Betrachtung von kleinen Rechenaufgaben erschien im Gedächtnissbilde auch die Auflösung, bei schwierigeren Rechnungen mit grösseren Zahlen pflegte die Auflösung aber im Gedächtnissbilde nicht aufzutreten. Bisweilen trat im optischen subjektiven Anschauungsbilde eine Uebersetzung von Wörtern einer Sprache in eine der Versuchsperson geläufige andere Sprache ein, falls die Vorlage Wörter beider Sprachen enthielt. Theils traten diese Bilder spontan auf, theils durch die erwähnten Reize hervorgerufen, wobei es nicht gleichgültig war, ob z. B. der Kältereiz die rechte oder die linke Wange traf. Auch war der Erfolg des Reizes weder bei verschiedenen Versuchpersonen, noch bei derselben Versuchperson zu verschiedenen Zeiten der gleiche.

Diese Versuche setzen natürlich ein übergrosses Vertrauen in die ehrliche und klare Selbstbeurtheilung derer, mit denen sie angestellt werden. Das Interesse liegt hauptsächlich in der Beobachtung der psychologischen Vorgänge, durch die die Versuchpersonen zu ihren Gedächtnissbildern und subjektiven optischen Anschauungsbildern kommen.

F. Schoelor (Berlin).

24. **Handbuch der Hautkrankheiten**; von Prof. Dr. Franz Mraček. 20. u. 21. Abtheilung. (IV. Bd. 2. Hälfte p. 1—320.) Wien 1906. Alfred Hölder. Gr. 8. (Je 5 Mk.)

Dieser Theil des Mr.'schen Handbuches enthält zunächst eine Darstellung der Dermatomykosen von H. C. Plaut in Hamburg. Pl. geht ausführlich auf die botanischen Verhältnisse der pathogenen Fadenpilze der Haut und die zu ihrer Cultivirung bisher angewandten zahlreichen Methoden ein und bespricht dann die einzelnen Formen der mykotischen Hautaffektionen, indem er auf Grund der gesammten einschlägigen Literatur und seiner ausgedehnten eigenen Erfahrungen ein lückenloses Bild des über diese Erkrankungen bisher Erforschten giebt. Dann folgt die Arbeit über Creeping disease von Rille und Rieeke in Leipzig, die besonders die ausführliche Beschreibung nebst makro- und mikroskopischen Abbildungen der von Rille selbst beobachteten Fälle enthält. Ferner behandelt Saek in Heidelberg den Pruritus cutaneus. Nach einer einleitenden Erörterung über das physiologische Juckgefühl, als einer Modalität des normalen Kitzelgefühls, werden zunächst die Pathologie des Pruritus im Allgemeinen und dann dessen einzelne Formen und die in Betracht kommenden Behandlungsmethoden erörtert. Von demselben Verfasser ist das Gebiet der Dermatozoonosen bearbeitet worden, wobei auch die der Klasse der Würmer angehörigen Parasiten, die in einem ihrer Entwickelungsstadien in der menschlichen Haut gefunden worden sind, ihre Berücksichtigung finden. Die Maculae coeruleae sind noch gesondert durch Oppenheim in Wien bearbeitet. Weiter folgt die Arbeit von Kraus in Wien über die ätiologische und experimentelle Syphilisforschung. Böhme (Leipzig).

25. **Gynäkologie und Geburtshülfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie;** von Dr. Ernst Runge in Berlin. Leipzig 1908. Joh. Ambr. Barth. Gr. 8. 164 S. (4 Mk. 25 Pf.)

Klar und übersichtlich hat R. die Beziehungen zwischen Gynäkologie und Geburtshülfe einerseits und der Ophthalmologie andererseits behandelt. Auf 128 Seiten ist das reiche Material knapp und kurz zusammengefasst ohne Weitschweifigkeit und ohne weitgehende theoretische Erörterungen. Auch der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum ist ein Kapitel gewidmet. R. tritt darin eifrig für die Prophylaxe durch das Credé'sche Verfahren mit 1proc. Argentum-nitricum-Lösung ein, über dessen gute und genügende Wirkung in 1000 Fällen der Göttinger Frauenklinik er schon 1902 sich in der Berliner klin. Wochenschrift ausgesprochen hat. Das Literaturverzeichniss führt 784 Veröffentlichungen auf, die berücksichtigt werden mussten.

F. Scheeler (Berlin).

26. **Die Entwickelung und Form des fötalen Beckens;** von Kr. Edmund Falk in Berlin. Berlin 1908. S. Karger. Gr. 8. 163 S. mit 6 Abbild. im Text u. 5 Tafeln. (6 Mk.)

F.'s Material bestand aus etwa 110 Früchten von der 8. Woche bis zur vollendeten intrauterinen Entwickelung; er nahm genaue Messungen vor an 41 Früchten bis zum vollendeten 6. Monat und an 34 Früchten aus der 2. Hälfte des intrauterinen Lebens. Die Resultate aus der 1. Hälfte der Fötalzeit giebt er hier nur abgekürzt, da sie schon in einer früheren Veröffentlichung (Arch. f. Gynäkol. LXIV. 2. 1901) von ihm mitgetheilt wurden.

F. will eine zusammenhängende Uebersicht geben über die Entwickelung des Beckens von dem Auftreten des ersten Knochenpunktes bis zur Geburt des reifen Kindes. Es soll gezeigt werden, welche Geschlechtunterschiede bei dem Neugeborenen vorhanden sind, wie die normale Form des Beckens ist und welche pathologischen Formen sich bei der entwickelten Frucht finden, und F. will schliesslich die ursächlichen Momente klarlegen, die bei der Formbildung in Betracht kommen.

F. bestätigt auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen die Erklärung Litzmann's (die Formen des Beckens, insbesondere des engen weiblichen Beckens. Berlin 1861), dass die ursprüngliche Beckenform durch die erste knorpelige Anlage gegeben ist, und dass von dem Grade und der Energie des Wachsthums und seiner früheren oder späteren Begrenzung die endliche Grösse des Beckens, von der Richtung des Wachsthums aber, die nach einer Seite mehr fortschreitet als nach der anderen, zum Theil die spätere Form abhängt. „Durch Wachsthumsenergie und Wachsthumsrichtung entstehen die meisten pathologischen Beckenformen, so unter Umständen das schräg verengte Becken ebenso wie das platte Becken und das Assimilationbecken. Und wenn wir die durch mangelnde und fehlende Entwickelung von Knochenkernen beeinflusste Wachsthumsenergie mit in Betracht ziehen, so sind wir in der Lage, durch specifische Wachsthumsrichtung und normale oder pathologisch beeinflusste Wachsthumenergie die normale Formentwickelung und die pathologischen Veränderungen des Beckens der Neugeborenen zu erklären. Auch zur Entstehung der Geschlechtunterschiede reicht diese als erklärende Ursache vollkommen aus, ohne dass wir nöthig haben, besondere Hypothesen, wie den Druck der im Becken eingeschlossenen Organe anzunehmen, denn die als bestimmend für die geschlechtliche Differenzirung des Beckens angenommene örtliche Steigerung der Ernährung ist, ebenso wie die Beeinflussung durch den nicht zu Stande kommenden Verschluss der äusseren Haut bei den weiblichen Föten nichts anderes als eine Veränderung der Wachsthumenergie in dem davon betroffenen Theile des vorderen Beckenhalbringes." Auch F. nimmt an, dass diese Wachsthumenergie durch mechanische Einflüsse angeregt wird. „Diese mechanischen Einflüsse haben aber im Verlaufe der Generationen dazu geführt, dass sich schon in dem entwickelnden Becken dieselben Wachsthumrichtungen bilden, ohne dass der mechanische Einfluss sich bei dem Einzelindividuum geltend macht. Das Endprodukt der durch stärkere Druckwirkung auf einzelne Theile erzielten Veränderungen wird vererbt und dieses ist es, was wir, da es ohne nachweisbaren mechanischen Einfluss zu Stande kommt, als Wachsthumenergie oder Wachsthumeinrichtung bezeichnen. In dieser Auffassung drückt die Wachsthumenergie nicht etwas Mystisches aus, sondern ganz bestimmte, aus dem Verständniss der Entwickelung sich ergebende specifische Wachsthumvorgänge."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

27. **Grundzüge der Ernährungstherapie;** von Dr. A. Albu in Berlin. [Physikal. Therapie in Einzeldarstellungen, herausgeg. von Marcuse u. Strasser. 26. Heft.] Stuttgart 1908. Ferd. Enke. Gr. 8. 82 S. mit 6 Tab. (2 Mk.)

Im I. Theile der sehr klar und leicht fasslich geschriebenen Abhandlung, der die weiteste Verbreitung zu wünschen ist, wird die *Physiologie* der Ernährung besprochen. In diesem Capitel wird unter Anderem die Lehre vom physiologischen Eiweissminimum, und die Frage der vegetarischen Kost und der Bedeutung der Salze für die Ernährung (Nährsalze!) einer eingehenden kritischen Beleuchtung unterzogen. Weiter wird die mechanisch-physikalische Auffassung des Ernährungsprocesses behandelt (Caloriengehalt der Nährstoffe, Berechnung des Kostmaasses u. s. w.) und endlich werden allgemeine Grundsätze für die Ernährung des *gesunden* Menschen aufgestellt.

Im II. Theile, der die Ernährung des *kranken* Menschen behandelt, werden zunächst allgemeine Erörterungen vorausgeschickt, denen eine Besprechung der speciellen Diätformen folgt (Fieberdiät, Reconvalescentendiät, Ernährung bei Verdauungskrankheiten, Schonungsdiät, vegetarische Diät, Mast- und Entfettungskur, Ernährung bei Zuckerkrankheit und Gicht, Flüssigkeit- und Salzentziehung als diätetische Faktoren, künstliche Ernährungsmethoden).

Im letzten Abschnitte werden die wichtigsten neueren künstlichen Nährpräparate, für deren Verwendung engbegrenzte Indikationen gegeben werden, übersichtlich zusammengestellt.

Riebold (Dresden).

28. **Die bakteriellen Nahrungsmittelvergiftungen;** von Prof. A. Diendonné. [Würzb. Abhandl. a. d. Gesammtgeb. d. prakt. Med. VIII. 3 u. 4.] Würzburg 1908. A. Stuber's Verlag (Curt Kabitzsch). Gr. 8. 50 S. (1 Mk. 70 Pf.)

In knapper Form, aber unter gründlichster Berücksichtigung der umfangreichen Literatur giebt D. eine Darstellung der bakteriellen Nahrungsmittelvergiftungen; den breitesten Raum beanspruchen die Fleischvergiftungen mit Einschluss des Botulismus; es folgen: Vergiftungen durch Fische und Mollusken; Käsevergiftungen; Vergiftungen durch Vanillecreme und Mehlspeisen; Kartoffelvergiftungen; Conservenvergiftungen.

Besonders dem Praktiker wird es erwünscht sein, dass D. bei aller Kürze allen Seiten des Themas gerecht wird, vor Allem auch der Symptomatologie, der Therapie und der Prophylaxe.

Löhlein (Leipzig).

29. **Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der socialen Hygieine;** von A. Grotjahn. Leipzig 1908. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 406 S. (10 Mk.)

In der Krankenfürsorge zeigt sich mehr und mehr das Streben, die an akuten, heilbaren Krankheiten und Verletzungen Leidenden in Krankenhäusern und die an chronischen und unheilbaren Zuständen Leidenden dauernd in Anstalten unterzubringen, während sich die Fürsorgebehandlung als ein Zwischenglied einschiebt. Vor allem die socialpolitische Gesetzgebung hat eine grosse Zunahme der Anstalten veranlasst. Auf Grund eines grossen Materials erörtert Gr. die leitenden Gesichtspunkte für die verschiedenen Arten der Anstalten und die Nothwendigkeit, noch mehr als jetzt für die Unterbringung der Kranken in Anstalten zu sorgen. In einer dauernden Asylisirung des geistig oder körperlich defekten Theiles der Bevölkerung sieht er das beste Mittel, den Gesundheitzustand des ganzen Volkes günstig zu beeinflussen, und hält sie ökonomisch für durchführbar, wenn die Anstalten ohne überflüssigen Luxus eingerichtet und die Arbeitsleistungen der Insassen nutzbar gemacht werden. Woltemas (Solingen).

30. **Die Küche im Krankenhaus, deren Anlage, Einrichtung und Betrieb;** von W. Sternberg. Stuttgart 1908. Ferdinand Enke. XXIV u. 237 S. mit 49 Textabbild. u. 2 Taf. (7 Mk.)

St. legt dar, welche Bedeutung die Küche für das Krankenhaus hat, und wie sehr die in Krankenhäusern vorhandenen Kücheneinrichtungen hinter denen der grossen Hotels und Personendampfer zurückstehen. Die Erbauer und Leiter von Krankenhausküchen werden aus dem Buche einige nützliche Anregungen entnehmen können, St. ist aber von der Bedeutung seines Gegenstandes so durchdrungen, dass ihm das richtige Augenmaass für die Beurtheilung abhanden gekommen ist. Aussprüche, wie: „die Fragen der Physiologie der Liebe, die bisher noch niemals wissenschaftlich aufgeworfen sind, werden von demjenigen, der die Wissenschaft der Kochkunst kennen lehrt, zum ersten Mal gelöst werden," oder dass die Küchengeräthschaften „dieselbe hohe Bedeutung, die für den Chirurgen Instrumente und Messer besitzen, für das gesammte noch umfangreichere Gebiet der inneren Medicin haben," sind doch nicht mehr ernst zu nehmen. Von den zahlreichen Abbildungen aus Hotelküchen könnten die meisten ohne Schaden fehlen, und auch auf die vielen Namen von Küchenchefs würde man gern verzichten. Woltemas (Solingen).

31. **Das ärztliche Berufsgeheimniss;** von Dr. jur. et med. Heinrich Schmidt. Jena 1907. Gustav Fischer. Gr. 8. 33 S. (1 Mk.)

Eine Arbeit aus dem Seminar für sociale Medicin in Bonn, die sicherlich auf Interesse rechnen darf.

Nach einer Einleitung erörtert Schm. zuerst den Begriff des anvertrauten ärztlichen Geheimnisses, dann die Frage, ob die Schweigepflicht dem Arzte unter Umständen das Recht giebt, die Unwahrheit zu sagen, dann die Fälle, in denen der Arzt zur Offenbarung des Geheimnisses befugt ist und endlich „das Subjekt des Antragsrechts".

Dippe.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Dippe in Leipzig. — Verlag von S. Hirzel in Leipzig.
Druck von Otto Wigand m. b. H., Leipzig.

Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 299. **1908.** **Heft 2.**

A. Originalabhandlungen und Uebersichten.

Neuere Beiträge zur Nierenchirurgie.[1])

Zusammengestellt von

Dr. **Paul Wagner**

in Leipzig.

XIII. Renale Hämaturie; renale Neuralgie; operative Behandlung der Nephritis.

690) Angerer, O. v., Einseitige chronische interstitielle n. hämorrhagische Nephritis. Exstirpation der kranken Niere. Heilung. Arch. f. klin. Chir. LXXXI. 2. 1906.

691) Ayres, W., Lavage of the renal pelves in the treatment of Bright's disease. Med. News July 1. 1905.

692) Bakoš, J., Ein neues Verfahren zur operativen Therapie der chronischen Nephritis. Centr.-Bl. f. Chir. XXXI. 14. 1904.

693) Barbat, H., The surgical treatment of chronic nephritis. Calif. State Journ. of Med. Jan. 1905.

694) Bartkiewicz, Ein Fall von Nierendekapsulation. Gaz. lekarska 30. 1905.

695) Berg, A., The present status of the surgical treatment of chronic Bright's disease. New York med. Record LXVIII. June 18. 1904.

696) Boyd, F. D., Note on decapsulation of the kidneys. Edinb. med. Journ. April 1905.

697) Casper, Ueber ungewöhnliche Nieren- u. Nierenbeckenblutungen. Arch. f. klin. Chir. LXXX. 2. 1906.

698) Ceccherelli, Décapsulation et fixation des reins. XVII. congrès français de chir. Revue de Chir. XXIV. 11. 1904.

699) Chambrelent et Ponsson, De la décapsulation rénale et de la néphrotomie dans le traitement de formes graves de l'éclampsie. Bull. de l'Acad. de Méd. April 1906.

700) Christian, H. M., Haematuria of renal origin. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVI. Oct. 26. 1907.

701) Claude H., et P. Duval, Les effets immédiats de la décapsulation du rein dans les néphrites. Presse méd. belge LVII. 10. 1905.

702) Cott, Joshua M. van, Renal decapsulation from the pathologist's point of view. Med. News May 21. 1904.

703) Cuturi, P., Sur un cas de nephrite chronique unilatérale consécutive à une grosse cellule vesicale. Ann. des Mal. des org. gén.-urin. XXIV. 17. 1906.

704) Edebohls, G. M., Renal redecapsulation. New York med. Record LXVIII. May 21. 1904.

705) Edebohls, G. M., The surgery of nephritis. New York a. Philad. med. Journ. May 21. 28. 1904.

706) Edebohls, G. M., The surgical treatment of Bright's disease. New York 1904. 8. 327 S.

707) Ehrhardt, O., Experimentelle Beiträge zur Nierendekapsulation. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIII. 2. 1904.

708) Ekehorn, G., Operationen wegen Nephritis. Hygiea LXVII. p. 1123. 1905. — Centr.-Bl. f. Chir. XXXIII. 16. 1906.

709) Elliot, A. R., The medical aspects of decapsulation of the kidneys for the cure of chronic Bright's disease. New York a. Philad. med. Journ. June 4. 1904.

710) Ferguson, Surgical treatment of nephritis. Journ. of the Amer. med. Assoc. April 16. 1904.

711) Fisher, Haematemesis associated with small white kidneys. Bristol med.-chir. Journ. Sept. 1904.

712) Fowler, H. A., Nephritis and haematurin. Johns Hopkins Hosp. Rep. XIII. p. 487. 1906.

713) Francesco, D. de, Sulla opportunità di associare la decapsulazione alla nefrectomia quando il rene da conservare è in stato di nefrite. Rif. med. XXIII. 12. 1907.

714) Gandiani, La cura chirurgica nella nefrite. Policlin. 9. 1905.

715) Gelpke, Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXXIV. 15. 1904.

716) Gifford, N. H., Experimental decapsulation of the kidneys. Boston med. a. surg. Journ. July 14. 1904.

717) Girgoloff, S. S., Experimentelles zur Anastomosenerzeugung für die Niere. Centr.-Bl. f. Chir. XXXIV. 50. 1907.

718) Gennwell, A. G., Report of a case of kidney decapsulation, with some observations on the operation. New York med. Record LXVIII. March 26. 1904.

719) Gnitéras, R., The operative treatment of chronic Bright's disease; a second communication on

[1]) Schluss; vgl. Jahrbh. CCXCIX. p. 18.

120 cases. New York n. Philad. med. Journ. Nov. 7 a. 14. 1903. — Centr.-Bl. f. Chir. XXX. 12. 1904.

720) Hall, J. Walker, and G. Herxheimer, Experimental nephritis followed by decapsulation of the kidney. Brit. med. Journ. April 9. 1904.

721) Harris, H., Renal decapsulation in nephritis, with report of a case. Johns Hopkins Hosp. Bull. Dec. 1905.

722) Horxheimer, G., and J. Walker Hall, Ueber die Entkapselung der Niere. Virchow's Arch. CLXXIX. 1. p. 153. 1905.

723) Heymann, A., Einseitige renale Hämaturie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 8. Ver.-Beil. 1907.

724) Hildebrandt, Einseitige Nierenblutung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 3. Ver.-Beil. 1908.

725) Jaboulay, Du traitement chirurgical des néphrites. Arch. gén. de Méd. Nr. 46. 1903.

726) Illyés, Ein Fall von essentieller Nierenblutung. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 10. 1906.

727) v. Karaffa-Korbutt, Ueber die sogenannte essentielle Hämaturie. Folia urologica I. 3. 1907.

728) Korányi, A. v., Ueber die Untersuchung von an Nierenblutungen occulten Ursprunges leidenden Kranken. Ungar. med. Presse IX. 11. 1904.

729) Kotzonberg, Ueber Nierenblutungeu. Ztschr. f. Urologie II. 2. 1908.

730) Ketzenberg, Mittheilungen über Nierenblutungen. Folia nrologica I. 5. 1907. — Med. Klinik III. 50. 1907.

731) Kretschmer, H. L., Beitrag zur Frage der „essentiellen Nierenblutung". Ztschr. f. Urologie I. 6. 1907.

732) Liek, Ueber experimentellen Collateralkreislauf der Niere. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 4. Ver.-Beil. 1908.

733) Loewenhardt, Zur chirurgischen Behandlung der Nephritis. Centr.-Bl. f. Chir. XXXI. 47. 1904.

734) Loewenhardt, F., Ein eigenthümlicher Fall von renaler Massenblutung. Nephrektomie aus vitaler Indikation mit glücklichem Ausgange. Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXIV. 1—3. 1907.

735) Mackay, Interstitial nephritis in children; *Edebohls* operation. Intercolon. med. Journ. of Australasia Mars 1907.

736) Martens, Beitrag zur Nierenchirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXX. 45. Ver.-Beil. 1904.

737) Martini, E., Ueber die Möglichkeit, der Niere einen neuen collateralen Blutzufluss zu schaffen. Arch. f. klin. Chir. LXXVIII. 3. 1905.

738) Milkó, W., Ueber die sogenannten essentiellen Nierenblutungen. Orvosi Hetilap Nr. 27 u. 28. 1907. — Ungar. med. Presse XII. 20. 1907.

739) Mohr, H., Die chirurgische Behandlung der Nephritis. *s. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 383. 1904.

740) Müller, E., Ueber die Entkapselung der Niere. Arch. f. klin. Chir. LXXXII. 1. 1907.

741) Newmnn, D., Decapsulation of the kidney for the treatment of albuminnria. Brit. med. Journ. April 30. 1904.

742) Nydegger, J. A., Two cases of chronic nephritis treated surgically. New York med. Record LXVIII. Nov. 5. 1904.

743) Phocas et W. Beasis, Néphrites et rénodécortication. Arch. prov. de Chir. Avril 1907.

744) Pousson, Sur un cas de néphrorrhaphie. Bull. méd. p. 563. 1904.

745) Pousson, A., Traitement chirurgical des néphrites médicales. Paris 1904. J. B. Baillière et fils. 8. 96 S.

746) Pousson, A., Ueber das einseitige Auftreten der Nephritis. Ztschr. f. Urologie I. 10. 1907.

747) Poussen, A., Néphrites chroniques hematuriques. Folia urologica I. 3. 1907.

748) Pulley, W. J., The treatment of renal inadequacy complicated by an apparent nephritis. New York med. Record LXIX. June 24. 1905.

749) Purrucker, Ueber Nierenkolik ohne Steine u. deren operative Behandlung. Münchn. med. Wchnschr. LI. 14. 1904.

750) Rinaldis, Ugo do, Il trattamento chirurgico del morbo cronico di Bright. Il nuovo progresso internaz. med.-chir. I. 5. 6. 1904.

751) Rosenstein, P., Klinische Erfahrungen über die Dekapsulation der Nieren beim Morbus Brightii. Deutsche med. Wchnschr. XXX. 31. 1904.

752) Rovsing, Th., Zur Behandlung des chronischen Morbus Brightii durch Nephrolysis u. Nephrokapsektomie. Centr.-Bl. f. Chir. XXXI. 17. 1904.

753) Rumpler, O., Der gegenwärtige Stand der Lehre der chirurgischen Behandlung der Nierenentzündung. Inaug.Diss. Strassburg 1903.

754) Schoben, Beitrag zur Wirkungsweise der *Edebohls*'schen Operation. Münchn. med. Wchnschr. LII. 19. 1905.

755) Schenck, B. R., Renal hematuria of unexplained origin. Report of n case with cessation after nephrotomy. Med. News Dec. 24. 1904.

756) Schmidt, M., Dekapsulation u. Stichelung der Niere wegen 4tägiger Anurie nach Scharlach. Herstellung der Diurese. Genesung. Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXVIII. 1—3. p. 296. 1905.

757) Schüller, H., Beitrag zur Lehre von den Blutungen aus anscheinend unveränderten Nieren. Wien. klin. Wchnschr. XVII. 17. 1904.

758) Schüller, H., Casuistisches zur Frage der sogen. essentiellen Nierenblutung. Wien. klin. Rundschau XIX. 13. 1905.

759) Sexton, The surgery of nephritis. Cincinnati Lancet Mai 28. 1904.

760) Soreile, Decapsulazione renale nelle nefriti. Morgagni 27. 1907.

761) Stointhal, Zur Kenntniss der essentiellen Nierenblutungen. Beitr. z. klin. Chir. LIII. 3. 1907.

762) Stern, Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Nephritis. Deutsche med. Wchnschr. XXXI. 11. Ver.-Beil. 1905.

763) Stern, C., Experimentelle u. klinische Untersuchungen zur Frage der Nierenaushülsung nach *Edebohls*. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIV. 5. 1905.

764) Stich, R., Ueber Massenblutungen aus gesunden u. kranken Nieren. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIII. 5. 1904.

765) Snker, G. F., A consideratien of the surgical treatment of chroaic Bright's disease from the ophthalmic standpoint. New York a. Philad. med. Journ. June 4. 1904.

766) Sultan, G., Ueber lokale Eosinophilie der Niere. Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXII. 1—3. 1906.

767) Taddei, D., Sur nne affection rénale hématurique rare. Ann. des Mal. des org. gén.-urin. XXV. 1. 1907.

768) Thelemann, Ueber die Entkapselung der Niere. Deutsche med. Wchnschr. XXX. 15. 1904.

769) Therndike, P., Surgical treatment of nephritis. Boston med. a. surg. Journ. April 6. 1906.

770) Treplin, Durch Dekapsulation geheilte einseitige hämorrhagische Nephritis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 3. Ver.-Beil. 1908.

771) Vincent, W. G., The main points in the clinical history and diagnosis of renal congestion and the more common forms of nephritis unaccompanied hy pyuria. New York a. Philad. med. Journ. April 13. 1907.

772) Wille, C. W., A contribution to the surgery of nephritis. Report of case. New York a. Philad. med. Journ. Oct. 22. 1904.

773) Witzel, Ueber die Behandlung der chronischen Nephritis durch die *Edebohls*'sche Operation. Deutsche med. Wchnschr. XXX. 30. 1904.

774) Wulff, Schwere rechtsseitige Nierenblutung während der Gravidität. Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 45. Ver.-Beil. 1907.

775) Yonng. The cure of unilateral renal hematuria by injection of adrenalin through an ureter catheter. Journ. of the Amer. med. Assoc. Mai 18. 1907.

776) Yvert, A., De l'intervention opératoire dans les néphrites et dans certaines affections médicales du rein. Revue de Chir. XXIV. 9. 1904.

777) Zaaijer, J. H., Untersuchungen über den funktionellen Werth der sich nach Entkapselung neubildenden Nierenkapsel. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIV. 3; XV. 3—4. 1905.

778) Zironi, Ricerche sperimentali sulla decapsulazione renale nelle stasi venose del rene. Gaz. degli Osped. 21. 1906.)

779) Zironi, Contributo sperimentale al trattamento chirurgico delle nefriti. Policlinico 5. 1906.

Durch zahlreiche klinische Beobachtungen und genaue pathologisch-anatomische Untersuchungen, die in der Hauptsache dem letzten Decennium entstammen, ist mit Sicherheit nachgewiesen worden, dass bei allen Formen der Nephritis Fälle vorkommen können, in denen Eiweiss und Cylinder vermisst werden, und nur Koliken und starke Hämaturien auftreten. Und zwar können trotz doppelseitiger Erkrankung die Hämaturien und Kolikanfälle auf *eine* Seite beschränkt bleiben. Ob es wirklich *einseitige Nephritiden* giebt, darüber sind die Ansichten noch getheilt; die Mehrzahl der Autoren bezweifelt ihr Vorkommen. Dass auch bei makroskopisch und mikroskopisch völlig unveränderter Niere Massenblutungen und Nephralgien auftreten können, dafür haben wir bisher nur die zwei sicheren Beobachtungen von Schede und Klemperer, Fälle, die, wie Garrè und Ehrhardt hervorheben, bisher allen Angriffen der Kritik getrotzt haben. „Der Chirurg wird mit der Möglichkeit dieser schweren Symptome bei unveränderten Nieren immer noch zu rechnen haben, wenn auch die Seltenheit des Leidens zu grösster Vorsicht bei der Diagnose auffordert."

Die *chirurgischen Erfahrungen auf dem Gebiete der Nephritisbehandlung* sind trotz der zahlreichen neueren Arbeiten noch nicht spruchreif. Nach Garrè und Ehrhardt, deren Ansicht wir uns hier vollkommen anschliessen können, ist eine principielle Ablehnung jeder operativen Behandlung bei der *akuten Nephritis* jetzt nicht mehr gerechtfertigt; „aber eben so sicher steht es fest, dass nie der Process als solcher, nie die akute Nephritis an sich die Indikation zum Eingriff geben darf, sondern dass nur die Complikationen: Anurie, Nephralgie, Nierenblutung gelegentlich operativ bekämpft werden können. Die akute Nierenentzündung heilt unter interner Behandlung so oft und so sicher, dass sie dem Bereich der inneren Medicin kaum je entzogen werden wird".

Die *chirurgische Behandlung der chronischen Nephritis* befindet sich noch in ihren Anfängen. „Die bisherigen Resultate ermuthigen nicht zu weiteren Versuchen mit dem Edebohls'schen Verfahren. Jedenfalls aber ist es gerechtfertigt, die weiteren Erfahrungen der amerikanischen Anhänger der Operation abzuwarten, ehe man selbst Erfahrungen sammelt."

Experimentelle Beiträge zur Nierendekapsulation werden von Ehrhardt (707) aus der Garrè'schen Klinik mitgetheilt. Er hat an 6 Katzen Nierendekapsulationen ausgeführt und die Thiere nach 2—10 Wochen getödtet. Die Untersuchung der Nieren ergab, dass die Niere in allen Fällen mit der Umgebung wieder ziemlich fest verwachsen war, und zwar umgaben diese völlig flächenhaften Verwachsungen die Niere wie eine neue Capsula propria. Diese Bindegewebeneubildung rief den Eindruck hervor, als hätte sich die Capsula propria einfach regenerirt. In keinem Falle gelang es E., eine Gefässneubildung in dieser neuen Capsel nachzuweisen, die zu wirklich nennenswerthen Anastomosen zwischen Nierenrinde und Capsula adipesa geführt hätte.

Girgoleff (717) theilt *experimentelle Untersuchungen zur Anastomosenerzeugung für die Niere* mit. Die experimentellen Nachprüfungen und die klinischen Ergebnisse der Edebohls'schen Methode sind nichts weniger als ermuthigend, und deshalb sind die von verschiedenen Seiten erfolgten Bestrebungen begreiflich, die ursprüngliche Edebohls'sche Nierenenthülsung durch eine wirksamere Methode zu ersetzen. G. hat hier die Netzeinhüllung im Auge.

Eine grössere, von G. selbst ausgeführte Versuchsreihe (an Katzen) mit Nierenenthülsung, Netzeinhüllung und farbigen Injektionen auch nach verschiedenartigen Gefässunterbindungen ergab ebenfalls während längerer Zeit eine bessere Injektion der in das Netz eingehüllten Nieren gegenüber den einfach enthülsten. Das waren aber immer nur noch quantitative, nicht constante Unterschiede. Ganz einwandfreie Ergebnisse glaubt G. dagegen durch folgende Versuchsanordnung erreicht zu haben: Nierenenthülsung, Netzeinhüllung und nach $1^1/_2$, 3, 5 und 8 Wochen am eben geopferten Thiere genaue Auswaschung des Gefässsystems mit Kochsalzlösung durch die Brustaorta; jetzt wird die Bauchhöhle breit eröffnet und werden der Nierenhilus, sowie alle Nierenverwachsungen ausser dem Netzstiele unterbunden und zwischen 2 Ligaturen durchschnitten. Die Niere wird, bloss am Netze hängend, in die Bauchwunde vorgelagert, und erst jetzt wird mit der Berlinerblauinjektion durch die Aorta begonnen. Die Farbe konnte also zur Niere nur noch durch die Netzgefässe gelangen, und dennoch entstand eine ganz bedeutende Injektion der Rindensubstanz, und sogar in der Marksubstanz und bis in die Nierenpapillen hinein wurden schon makroskopisch sehr gut sichtbare Gefässe injicirt gefunden. Mit der Dauer des zwischen Operation und Injektion verlaufenen Zeitraumes wuchs auch die Intensität der erzielten Injektion. Somit darf es wohl als bewiesen gelten, dass bei Netzeinhüllung entkapselter

Nieren ein reichlicher Blutaustausch zwischen Niere und Netz dauernd ermöglicht wird.

Herxheimer und Walker Hall (722) haben an Kaninchen experimentelle Untersuchungen über die *Entkapselung der Niere* angestellt; und zwar experimentirten sie zum Theil an gesunden Thieren, zum Theil an Thieren, die durch Injektion von neutralem Chromammonium nephritisch gemacht worden waren. Die Ergebnisse ihrer Versuche stellen die Vff. in folgenden Sätzen zusammen: „1) Die Nierenkapsel bildet sich nach Dekapsulation bald neu und übertrifft an Dicke u. s. w. die alte beträchtlich. 2) Anastomosen der umgebenden Gewebe, bez. der neugebildeten Kapsel mit der Niere, so dass von einem ausgedehnten Collateralkreislauf gesprochen werden könnte, bilden sich hierbei nicht. 3) Die Thiere vertragen die Dekapsulation ohne dauernde oder besondere Schädigung. 4) Die durch Chromammonium erzeugte Nierenveränderung wurde bei Thieren durch die Operation, soweit sich dies klinisch und anatomisch beurtheilen liess, weder nachtheilig, noch günstig beeinflusst."

Interessante Untersuchungen über den *experimentellen Collateralkreislauf der Niere* sind von Liek (732) angestellt worden. Er hat weder nach der einfachen Dekapsulation der Niere, noch auch nach der Epinephroplastik, d. h. der Einhüllung der dekapsulirten Niere in Netz, das Zustandekommen eines irgendwie erheblichen Collateralkreislaufes beobachtet. Die günstigen Resultate glaubt L. anders deuten zu müssen. Es sind nicht neugebildete Collateralen, die z. B. nach Unterbindung der Hilusgefässe bei dekapsulirten und mit Netz umhüllten Nieren ausgedehnte Partien der Niere erhalten, sondern die schon normal vorhandenen Hiluscollateralen, die sich nach Unterbindung der Hauptgefässe sehr stark erweitern. Auch nach der Epinephroplastik bildet sich sehr bald eine neue Nierenkapsel, die dick, derbfaserig und arm an elastischen Fasern ist, genau wie bei der einfachen Dekapsulation. An der Neubildung dieser Kapsel betheiligen sich auch die unteren Lagen des Netzes, die sich in derbes, faseriges Bindegewebe umwandeln. Ein Uebergang von Netzgefässen in Nierengefässe konnte, von belanglosen Capillaren abgesehen, nicht nachgewiesen werden.

Ueber die *Möglichkeit, der Niere einen neuen collateralen Blutzufluss zu schaffen*, hat Martini (737) an Hunden eingehende Experimente angestellt. Die Hauptergebnisse sind folgende: „Die durch die Unterbindung der Nierenarterie oder Vene hervorgerufenen Degenerationen und nekrotischen Erscheinungen sind in einer normalen Niere bedeutender, als in einer vorher entkapselten Niere. 2) Die mit der Neubildung der Kapsel regenerirte collaterale Cirkulation ist im Stande, das Fehlen des Abflusses durch die Nierenvene vollständig zu compensiren, aber das Fehlen des Zuflusses durch die Nierenarterie nur in unvollständiger Weise zu compensiren. 3) Die Dekapsulation der Niere mit gleichzeitiger Unterbindung der entsprechenden Nierenvene wird vom Tode des Thieres gefolgt. 4) Wenn man die Vene einer mit neugebildeter Kapsel versehenen Niere und einen Monat später die Vene der anderen, auch mit neugebildeter Kapsel versehenen Niere unterbindet, kann das Thier weiter leben; wenn man dagegen dieselben Operationen bei Thieren mit normaler Nierenkapsel ausführt, stirbt das Thier. 5) Ein Hund bleibt nach der gleichzeitigen Unterbindung der Arterie und der Vene einer Niere nur dann am Leben, wenn vor der Operation die fibröse Kapsel der entsprechenden Niere exstirpirt worden ist. 6) Die funktionelle Thätigkeit des collateralen Kreislaufes einer vorher entkapselten Niere ist im Stande, einen Hund am Leben zu erhalten, wenn die andere Niere exstirpirt und die Vene der ersten Niere unterbunden worden ist."

Ebenfalls an Hunden hat Thelemann (768) Versuche über die *Entkapselung der Niere* angestellt.

„Auf Grund meiner Untersuchungen komme ich zu dem Schluss, dass die neue Kapsel in relativ kurzer Zeit von den bei der Operation zurückgebliebenen Resten der alten Kapsel und den in das Nierenparenchym einstrahlenden Septen einerseits und der Fettkapsel andererseits gebildet wird. Ob die Vaskularisation der neugebildeten Kapsel reichlicher ist, wie die der alten, vermag ich mit Sicherheit nicht zu sagen, da die hierzu nöthigen Injektionsversuche zu einem Ziele bisher nicht geführt haben.

Auf das Nierenparenchym übt die Entkapselung einen nennenswerth schädigenden Einfluss jedenfalls nicht aus. Es bliebe noch die Frage zu erörtern, ob die Operation das klinische Krankheitsbild günstig beeinflusst. Eine vorübergehende Besserung, die in der momentanen Entspannung der Niere besteht, ist jedenfalls wohl denkbar. Da aber nach den bisherigen Versuchen am Hunde eine Vermehrung der Gefässe in der neuen Kapsel nicht nachgewiesen worden ist und schon nach 14 Tagen sich die früheren anatomischen Verhältnisse wieder hergestellt haben, ist es doch sehr fraglich, ob bei dem Menschen eine Dauerheilung erzielt worden kann.

Die bisherigen klinischen Resultate sind durchaus nicht einwandsfrei. Die schweren, von Edebohls operirten Fälle sind gestorben, die leichteren sind gebessert, zum Theil genesen. Die Frage ist jedenfalls zulässig, ob die leichten Fälle nicht auch ohne Operation geheilt wären. Zu bedenken ist schliesslich noch die Schädigung durch eine Chloroformnarkose."

Eingehende *experimentelle Untersuchungen über den funktionellen Werth der sich nach Entkapselung neubildenden Nierenkapsel* hat Zaaijer (777) vorgenommen. Das Hauptergebniss der ersten Experimentalreihe ist, dass beim Kaninchen eine gewisse Zeit (4 Wochen) nach der Dekapsulation die reno-

kapsulärer Anastomosen einen geringeren funktionellen Werth haben als bei intakter Kapsel, dass sie lokal aber einen höheren Werth haben können, und dass dieses besonders der Fall ist an einer Stelle, wo die Niere etwas tiefer verletzt worden ist.

Aus einer zweiten Versuchsreihe geht hervor, dass die sich nach Dekapsulation in Verbindung mit Scarifikation der Niere beim Kaninchen bildenden renokapsulären Anastomosen nach einer gewissen Zeit (4—6 Wochen) einen höheren funktionellen Werth haben als die normalen, und dass dieses besonders der Fall ist an der vom Hilus abgekehrten Seite der Niere. Der durch die Incisionen der Niere zugefügte Schade ist verschieden; öfters jedoch scheint er sehr gering zu sein.

Wenn es erlaubt wäre, das Ergebniss dieser Experimente auf die kranke menschliche Niere zu übertragen, so wären die Dekapsulation und die Scarifikation der Convexität der Niere Mittel, um den venösen Abfluss aus der Niere wenigstens für einige Zeit zu heben. Vielleicht genügt hier schon eine einfache Dekapsulation der Niere, weil die Operation beim Menschen doch an kranken Nieren ausgeführt werden wird, und meistens hier die Kapsel schon mehr oder weniger mit der Niere verwachsen sein wird. Die Zerreissung dieser Adhäsionen bei der Dekapsulation wird hier die einfache Dekapsulation einigermaassen der Dekapsulation mit Scarifikation der normalen Niere gleichkommen lassen. Die totale Dekapsulation nach Edebohls wird wahrscheinlich so ziemlich dasselbe Resultat haben.

Sehr interessante *experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der Nierenaushülsung nach Edebohls* theilt Stern (763) mit.

Die *experimentellen Untersuchungen* an Kaninchen ergaben, dass die *Entfernung der Nierenkapsel nicht zur Neubildung einer gleichwerthigen Kapsel* führt, sondern dass sich nach der Dekapsulation Gewebe auf der Nierenoberfläche bildet, das als physiologisch minderwerthig zu betrachten ist. Bei der Kaninchenniere gelingt es auch ohne totale Entfernung der Kapsel durch Nephrorrhaphie eine Fixirung der Niere und breite Verwachsungen mit Gefässanlagerung zu erzielen. Die klinische Gesammterfahrung St.'s ruht auf 8 Operationen an Menschen mit 4 Sektionbefunden.

Von den 8 Kr. ist an den Folgen der Operation als solcher (Narkosenwirkung, Shock) keiner gestorben; St. hat stets die Aethertropfmethode nach Witzel angewandt. Anders steht die Frage nach dem Einflusse des Eingriffes auf den krankhaften Process. Von den 8 Kr. sind 2 5, bez. 8 Tage nach der Operation bei reaktionlosem Wundverlauf gestorben an schneller Zunahme der krankhaften Veränderungen. In beiden Fällen ergab die mikroskopische Untersuchung der Nieren eine Zunahme der krankhaften Voränderungen. Die übrigen Kranken ertrugen den Eingriff gut; 2 sind noch am Leben; 3 starben nach Ablauf von 2—3 Monaten, vorübergehend gebessert, an den Folgen des Grundleidens. Im Gegensatze zu Edebohls hat St. in seinen Fällen bei der Operation kleine Stücke Nierengewebes bei der Entfernung der Kapsel mitgenommen behufs mikroskopischer Untersuchung. Die intra vitam gestellte klinische Diagnose: Nephritis chronica wurde in allen Fällen bestätigt; in einem Falle modificirt, insofern es sich übereinstimmend mit dem Operationbefund ergab, dass es sich um Veränderungen in einer Wanderniere handelte.

Die Sektionpräparate bestätigten die experimentellen Befunde insofern, als St. auch beim Menschen nachweisen konnte, dass die Neubildung der Kapsel sehr rasch erfolgt, dass ferner die neugebildete Kapsel sich wie derbes festes Bindegewebe verhält, dass sie arm ist an elastischen Fasern und dass an Serienschnitten sich ein Uebergang von Kapselgefässen in intrarenale nicht nachweisen lässt. Eine Aenderung des krankhaften Processes im Sinne einer Besserung war niemals nachweisbar; vielmehr liessen sich im Gegentheil interstitielle Veränderungen an den Nieren nachweisen, an denen bei der Probeexcision solche fehlten, und ferner zeigten sich interstitielle Veränderungen in wesentlich stärkerem Maasse an den Nieren nach der Aushülsung, als solche bei der Operation vorhanden gewesen waren. „Ich würde, da nun doch nicht zu bezweifeln ist, dass die Aushülsung der Niere bei interstitiellen Veränderungen schädigend wirkt, da ferner nach unseren Befunden nicht von der Hand zu weisen ist, dass sie auch bei gesunder Niere zu Schädigungen führen kann, empfehlen, von der Entfernung der Kapsel abzusehen, jedenfalls von der totalen Aushülsung. Dagegen würde ich Eingriffe, die in ausgiebiger Freilegung der Niere, in Spaltung der Kapsel und in Fixirung der Niere durch Naht oder Tamponade bestehen, nach wie vor für angezeigt halten, wenn überhaupt zum chirurgischen Eingriff Veranlassung vorliegt."

Stern (762) fasst das Ergebniss seiner und anderer Erfahrungen über die *chirurgische Behandlung der Nephritis* dahin zusammen, dass die Nephritis in bestimmten Fällen häufiger als bisher Gegenstand chirurgischen Vorgehens sein kann und wird, selbstverständlich erst dann, wenn alle Mittel der inneren Therapie erfolglos versucht worden sind. Die *Spaltung der Niere* ist für die Fälle angezeigt, in denen Oedeme und Anurie eine energische Entlastung der Nieren als die Hauptsache erscheinen lassen. In den Fällen mit Oedemen, in denen eine anhaltende Verminderung der Harnabsonderung besteht, ist die *Kapselspaltung mit Punktion der Niere* in Betracht zu ziehen; für die Fälle von Albuminurie ohne oder mit nur unwesentlichen Oedemen endlich eignet sich die *Aushülsung der Niere* nach Edebohls, da es hier nicht so sehr auf die Druckentlastung des Organs, wie auf die Schaffung neuer Blutbahnen ankommt.

In einer Mittheilung über die *Entkapselung der Niere* berichtet E. Müller (740) zunächst über Experimente an Hunden, an denen er die Dekapsulation beiderseitig, bez. einseitig vornahm. Der Gang der Operation war folgender: Luxation der

Niere, Spaltung und vollständige Abtrennung der Capsula fibrosa, Eröffnung des Peritonaeum, Hervorziehen des Netzes und vollständige Umwickelung der entkapselten Niere mit Netz, das auf der Hilusseite durch einige Nähte zusammengehalten wird — *Epiplonephroplastik* —, Reposition der Niere, Schluss der Wunde. Bei den mehrere Monate später vorgenommenen Sektionen der Thiere fand sich eine äusserst reiche Gefässneubildung in und um die Niere. Seine Operationen hat M. dann auch in 3 Fällen von *chronischer Nephritis* mit günstigem Erfolge ausgeführt. Die Epiplonephroplastik wurde jedesmal nur an der rechten Niere vorgenommen. (Nachrichten über das spätere Schicksal der Kranken wären sehr erwünscht!)

In einer Arbeit *über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der chirurgischen Behandlung der Nierenentzündung* hebt Rumpler (753) hervor, dass die Frage der operativen Behandlung der Nephritis noch nicht spruchreif sei. Bei kritischer Beleuchtung der Fälle, in denen bisher operirt wurde, kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, dass diese vielfach grosse Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde der Nephritis zeigten. Sicher ist nur, dass man durch operatives Vorgehen bei Nephritis manche Symptome zum Schwinden bringen kann, die Durchtrennung von Verwachsungen und Adhäsionen gar nicht mitgerechnet, wo die günstige Wirkung schliesslich selbstverständlich ist. In einem Punkte sind auch sämmtliche Autoren einig, nämlich darin, dass in allen Fällen von gefahrdrohender Anurie da, wo die interne Behandlung nicht mehr ausreicht, operativ vorzugehen sei durch Spaltung der Nierenkapsel oder des Nierengewebes, dieses um so mehr, als einzelne Erfahrungen dafür zu sprechen scheinen, dass die einseitige Nephrotomie durch Herbeiführung der Diurese auch die andere Niere günstig beeinflussen kann.

In einer Mittheilung: *Zur Behandlung des chronischen Morbus Brightii durch Nephrolysis und Kapsektomie* wendet sich Rovsing (752) sehr energisch gegen Edebehls und hebt nochmals hervor, dass die von ihm empfohlene Nephrolysis besteht in einer ganzen oder theilweisen Lösung der Niere, sowohl der Fettkapsel, wie der Membrana propria durch einfache Spaltung und Lösung oder in partieller Exstirpation. Edebehls hat bisher auch nicht einen Schatten von Beweis dafür gebracht, dass chronischer Morbus Brightii durch Operation geheilt werden kann. Auf eigene Erfahrungen gestützt, will Rovsing auf das Bestimmteste davor warnen, irgend welche Hoffnung in dieser Richtung zu hegen. Bei den 10 Kranken mit Morbus Brightii, die er mit Dekapsulation behandelt hat, wurde niemals eine wirkliche Besserung, geschweige denn Heilung der Nephritis beobachtet.

„Wie sollte auch eine Dekapsulation so diffuse und tiefe Leiden der Niere, wie die arteriosklerotische interstitielle Nephritis oder die diffuse parenchymatöse Nierendegeneration heilen können? Die Ursache des Leidens wird ja gänzlich unbeeinflusst gelassen.

Ich will daher bestimmt von einem jeden operativen Eingreifen bei allen wirklichen Fällen von Morbus Brightii abrathen, worunter ich nur die *diffusen, doppelseitigen, nicht infektiösen Nephritiden verstehe.* Nur bei Fällen, wo wegen subkapsulärer Ansammlungen oder aus anderem Grunde starke Schmerzen auftreten, kann ein Eingreifen zur Linderung der Schmerzen zulässig sein. Aber derartige Fälle sind äusserst selten.

Ganz anders stellt sich die Sache gegenüber einseitigen oder particllen Nephritiden und Perinephritiden infektiösen, traumatischen oder uratischen Ursprunges. Hier wird ein operatives Eingreifen oft die Ursache heben und damit Heilung oder doch Linderung der Schmerzen herbeiführen können. Daher ist es gerade so wichtig, dass wir durch sorgfältige Untersuchung zur Klarheit über die Art der Nephritis gelangen.

Dieses lässt sich aber nicht erreichen, so lange wir in dem alten Schlendrian verbleiben und glauben, einen Morbus Brightii allein beim Nachweise von *Albumin im Urin* nachgewiesen zu haben. Wie viel Nierentuberkulosen und andere infektiöse Nierenkrankheiten werden nicht Jahre lang wegen der unseligen geläufigen Eiweissreaktion als Morbus Brightii behandelt, bis uns die Möglichkeit, den Patienten durch Operation zu retten, entschlüpft ist.

Der einzige Weg zu einer besseren Erkenntniss, zur Vermeidung der grossen Missverständnisse, ist in allen den Fällen einer *Albuminurie*, deren Ursache durch den Zustand und das Aussehen des Patienten nicht über jeden Zweifel erhaben ist, die systematisch mikroskopische und bakterioskopische Untersuchung des von der Blase oder noch besser von den Ureteren steril aufgefangenen Urins. Besonders sollte die Ureterkatheterisation in bedeutend grösserem Umfange als jetzt von den Medicinern angewendet werden.

Es bedarf hier mehr als auf irgend einem anderen Gebiete des innigen Zusammenarbeitens zwischen Medicinern und Chirurgen; aber man schrecke doch nicht die Mediciner durch Aufstellung so hazardirter Behauptungen wie die, dass alle Nephritiden chirurgisch behandelt werden sollen, von der guten Mitwirkung zurück, die im letzten Decennium eingeleitet ist!“

Israel hat die *Dekapsulation beider Nieren* in 6 Fällen von sicherem *Morbus Brightii* ausgeführt. Die Resultate, die von Rosenstein (751) mitgetheilt werden, entsprechen den Edebehls'schen leider nicht: 1 Kranker ist durch die Operation gestorben; 1 befindet sich zur Zeit erheblich schlechter; 2 sind unbeeinflusst; 2 sind in gewisser Hinsicht gebessert. Nach R.'s Meinung haben die durch die Dekapsulation geheilten Kranken

Edebohls' sämmtlich nicht an echter Bright'scher Krankheit gelitten, sondern an entzündlichen Processen, die durch abnorme Mobilität der Nieren verursacht waren. Einseitigen Morbus Brightii giebt es nicht; die Bright'sche Krankheit ist eine toxische, durch gelöste Gifte erzeugte Nierenentzündung und ist daher stets doppelseitig.

R. kommt zu folgenden Schlusssätzen: „1) Die Dekapsulation der Nieren ist bei schwerem Morbus Brightii eine *gefährliche* Operation (26% Mortalität). 2) *Dauerheilungen sind in keinem Falle von sicherem Morbus Brightii erzielt worden.* 3) Es sind *Besserungen* erzielt worden: objectiv in einem Falle durch Fortbleiben der Oedeme; subjectiv in einem anderen Falle durch Fortbleiben von Kopfschmerzen und Flimmern vor den Augen."

In einer zusammenfassenden Arbeit über die *chirurgische Behandlung der Nephritis* hebt Mohr (739) zunächst hervor, dass der Werth der Edebohls'schen Operation noch nicht feststeht. Aus den bisher bekannten Thatsachen scheint folgendes hervorzugehen: „1) die theoretische, pathologisch-anatomische und experimentelle Begründung der Heilwirkung ist nicht zweifelsohne; 2) die Operation, zumal die doppelseitige, ist nicht ungefährlich und bei vorgeschrittenen Kranken zu verwerfen; 3) chronisch-nephritische Veränderungen bei Wanderniere werden durch den Eingriff meist geheilt; 4) beim echten chronischen Morbus Brightii können akute schwere Symptome manchmal mit Erfolg bekämpft werden; 5) die chronischen Erscheinungen können auf kürzere oder längere Zeit zurückgehen, seltener ganz schwinden; 6) die Besserungen sind häufig nur vorübergehend, ob wirkliche dauernde Heilungen vorkommen, ist nicht sicher bewiesen; 7) die Edebohls'sche Operationmethode scheint daher vorläufig nicht berufen, die Behandlung des chronischen Morbus Brightii zu einer vorwiegend chirurgischen zu machen."

A. Poussen (745) hat eine kleine Monographie über die *chirurgische Behandlung der Nephritis* geschrieben.

Er giebt zunächst einen historischen Ueberblick über die bisherigen Bestrebungen, medicinische Nephritiden auf operativem Wege zu heilen. Bei akuter Nephritis ist bisher in 37 Fällen operativ eingegriffen worden; 4 Operationen hat P. ausgeführt. 6 Kr. sind gestorben (16.21%); 4 Todesfälle fallen der Operation direkt zur Last. Mit Ausnahme eines Falles sind die Ueberlebenden anscheinend vollkommen geheilt. Es handelte sich bei den bisherigen Beobachtungen wohl ausnahmslos um akute, infektiöse Nephritiden. Die operativen Eingriffe bestanden in ein- oder doppelseitiger Nephrotomie, eventuell mit Excision der infiecirten Partien; in der Nephrektomie und in der Dekapsulation. Die Operation der Wahl ist in diesen Fällen ohne Zweifel die Nephrotomie. Die chirurgische Behandlung der chronischen Nephritiden, der sogen. Bright'schen Krankheit, richtet sich gegen heftige Schmerzen, schwere Blutungen oder urämische Zustände. Den 66 in der Literatur niedergelegten Beobachtungen fügt P. 13 eigene Operationen hinzu. Von diesen im Ganzen 79 Operationen endeten 16 (20.28%) innerhalb 10—14 Tagen tödtlich. Aber nur 11 Todesfälle können der Operation direkt zur Last gelegt worden, so dass die operative Mortalität auf 13.92% sinkt. Eine kritische Durchsicht der Endresultate ergiebt auch bei den länger beobachteten Operirten eigentlich nur mehr oder weniger bedeutende Besserungen, aber keine wirklichen, anhaltenden Heilungen. Betreffs der 10 angeblichen Radikalheilungen Edebohls' muss erst weiteres abgewartet werden.

Was die Indikation zu den verschiedenen operativen Eingriffen bei chronischer Nephritis anlangt, so möchte P. die Edebohls'sche Dekapsulation reservirt wissen „aux accidents du petit brightisme". In allen den Fällen aber, in denen es sich um renale Insufficienz und beginnende Urämie handelt, kann nur die Nephrotomie mit kürzer oder länger dauernder Drainage des Nierenbeckens Hülfe bringen.

Poussen (747) hat ferner 36 Fälle von *chronischer hämorrhagischer Nephritis*, in denen *operatir* eingegriffen wurde, zusammengestellt.

Die bis jetzt als essentielle Nephrorrhagien oder solche sine materia bezeichneten erweisen sich immer häufiger, insbesondere auf Grund der Arbeiten französischer Autoren als hämorrhagische Nephritiden. Die Nephritis haematurica bietet selten die dem Morbus Brightii im engeren Sinne des Wortes zukommenden Symptome. Es handelt sich meistens um chronische Entzündung einer Niere, die nur auf dieses Organ beschränkte Erscheinungen hervorruft.

Die Symptome sind folgende: 1) Starke *Hämaturien*, während des ganzen Urinaktes andauernd, lange anhaltend und Unterbrechungen zeigend, die weder durch Ruhe noch durch Ermüdungen beeinflusst werden. 2) Nicht andauernde, aber heftige *Schmerzen*, die die früher gebrauchte Bezeichnung „Nephralgie mit Hämaturie" rechtfertigen. Diese sind weniger durch den Durchtritt des veränderten Urins durch den Ureter als durch die Congestionanfälle der Niere selbst bedingt, in Folge deren das Nierenparenchym durch die Nierenkapsel einen Druck erleidet. 3) Leichte Albuminurie, Cylindrurie, Hypoazoturie und Polyurie. 4) Gewöhnlich ist der Allgemeinzustand gut bis auf die durch die Blutverluste hervorgerufene Schwäche und Blutarmuth.

Die Diagnose Nephrorrhagie ist mit Hülfe des Cystoskops, des Blasentheilers und des Ureterenkatheters leicht zu stellen, doch ist es meistens unmöglich, die Natur der die Blutung verursachenden Nierenläsion zu erkennen. In einer sehr kleinen Anzahl der gesammelten Fälle ist die Diagnose Nephritis gestellt worden, in einigen anderen ist diese Krankheit vermuthet, in den meisten dagegen nicht erkannt worden. Da nunmehr das Vorkommen der Nephritis haematurica allen Chirurgen bekannt ist und ihre freilich noch nicht vollkommen ausgebaute Symptomatologie einzelne charakteristische Züge enthält, so ist zu hoffen, dass sie von nun an häufiger diagnostieirt werden wird. Man wird dies wohl meistens indirekt und per exclusionem erreichen.

Digitized by Google

Bei der Behandlung der Nephritis haematurica ist der chirurgische Eingriff auf Grund der unmittelbaren Resultate berechtigt, die 8.3% Mortalität ergeben, sowie der entlernteren, die ein mehrjähriges Ueberleben der Operation aufzuweisen haben, eine endgültige Heilung erhelfen lassen. Unter den vorgeschlagenen Operationen muss die Nephrektomie der Nephrotomie, der Nephrolyse und der Dekapsulation nachstehen. Nach den Voraussetzungen der physiologischen Pathologie und der Klinik ist die mit der Dekapsulation verbundene Nephrotomie diejenige Operation, die den Vorzug verdient.

In einer neueren Mittheilung *über das einseitige Auftreten der Nephritis* hebt Pousson (746) hervor, dass die pathologische Anatomie und die Klinik unbestreitbare Beispiele von einseitigen *akuten* Nephritiden aufweist. Auch die Lokalisirung der *chronischen* Nephritis in nur *einer* Niere verstösst durchaus nicht gegen die Gesetze der allgemeinen Pathologie, wenn auch sichere Beobachtungen dieser Art ausserordentlich selten sind. Denn Kranke mit chronischer Nephritis kommen meist erst dann zur Sektion, wenn die Erkrankung schon lange Zeit gedauert hat. Zur Erklärung der einseitigen chronischen Nephritis können auch einseitig lokalisirte Beckenaflektionen, die auf den entsprechenden Ureter ausstrahlen, sowie frühere Appendicitiden herangezogen werden.

Von der Ansicht ausgehend, dass das gegenwärtig so aktuelle Thema der *operativen Behandlung der chronischen Nierenentzündung* am besten gefördert werden könne durch eine Umfrage und eine Zusammenstellung der Erfahrungen, hat sich Guitéras (719) an 150 der ersten amerikanischen Operateure gewendet.

Die Ansichten sind zu annähernd gleichen Theilen pro und contra; G. selbst war ursprünglich sehr skeptisch, ist aber jetzt mehr Anhänger der Operation geworden; die Fragen bezogen sich auf den Begriff der Bright'schen Nierenkrankheit, auf die Art der Operation, auf die Argumente dafür und dagegen, auf die Symptome, die die Operation veranlassten, endlich auf die erreichten Resultate.

Bezüglich des ersten Punktes differiren die einzelnen Operateure sehr wesentlich: der streng pathologische Begriff der chronischen Nierenentzündung ist häufig nicht präcisirt; vielmehr sind es oft einzelne Symptome, die die amerikanischen Collegen, die nicht so kritisch wie bei uns vorgehen, veranlassen, die entsprechende Diagnose zu stellen. Merkwürdig ist es, dass häufig die Coincidenz von Bright's Krankheit mit beweglicher Niere genannt wird, wobei der Process wohl in beiden Nieren bestehen kann; trotzdem bringt eine Nephrepexie Heilung.

Die Operationen bestehen in partieller Enthülsung einer oder beider Nieren und Befestigung des Organes an die Bauchwand mit Nähten durch die Capsula propria, oder in totaler Entfernung der Capsula propria und Wiedereinbettung in die Fettkapsel; auch verschiedene, nicht sehr wesentliche Modifikationen werden berichtet. Die Blutung war meist sehr stark, so dass einmal sogar die Niere entfernt werden musste; ein Berichterstatter erzählt dagegen, dass in einem Falle die Nieren sehr blass waren und so gut wie gar nicht bluteten. Die makroskopische Diagnose am lebenden Organe wird allerseits als sehr schwierig angegeben und Excision eines Stückchens empfohlen.

Die Theorien bezüglich der Wirkung der Operation sind verschiedenartig; die Steigerung der Cirkulation ist es wohl, die durch Schaffen neuer Bahnen auf dem Wege der Verbindung mit der Bauchwand günstig wirken soll; auch Edebohls hält die arterielle Hyperämie für das Wesentliche.

Bei dieser Auffassung erklären sich aber, nach Ansicht G.'s, nur die Erfolge der totalen Abkapselung und Annähung der Niere an die Bauchwand, dagegen nicht die Erfolge, wenn die Niere in ihre Fettkapsel reponirt wird. Dr. Johnson hat durch Experimente an Hunden nachgewiesen, dass die Fettkapsel sehr wenig Gefässe führt. Bei der Dekapsulation wird nur die äussere, dickere Lamelle entfernt; die Regeneration geht von der inneren Lamelle aus und ist bei Hunden in 3½ Monaten beendet; in keinem der Fälle fand sich eine beträchtliche Anastomose zwischen renalen und perirenalen Blutgefässen. Diese Regeneration ist nach Ansicht G.'s die Ursache von späten Todesfällen nach anfangs günstigem Erfolge, weil durch den erneuten Druck in der Niere wieder die Blutzufuhr vermindert wird.

Bezüglich der praktischen Folgerungen in Bezug auf die Behandlung der Nierenentzündung ist G. der Ansicht, dass die conservative innere Behandlung indicirt ist, so lange das Allgemeinbefinden des Patienten günstig ist; macht die Erkrankung schnelle Fortschritte und ist Herzübermüdung zu befürchten, dann soll operirt werden.

In Betreff der Symptome, die die Operation veranlassten, wird der ganze bekannte Complex erwähnt, doch dürfte wohl einer strengen Kritik nicht alles Aufgeführte Stand halten; meint doch z. B. Fergussen, jede bewegliche Niere habe interstitielle Nephritis und müsse deshalb operirt werden. In fast allen Fällen bestanden irgendwelche uräniscbe Anzeichen oder allgemeines Anasarka; wenn mehrere Autoren gerade diese verzweifelten Fälle als Objekt eines chirurgischen Eingriffes hinstellen, so kann G. davor nur warnen; denn rund 50% aller Operirten starben, 25% werden zunächst geheilt und sterben später, während nur 25% geheilt oder gebessert werden; freilich werden auch einige ganz überraschende Heilungen mitgetheilt.

Am interessantesten ist die Zusammenstellung der Resultate. Die besten Erfolge gaben Dekapsulation und Fixation beweglicher Nieren, bei denen Cylindrurie, Albuminurie u. s. w. vorhanden waren und nach der Operation verschwanden. Die Statistik umfasst 120 verwerthbare Fälle verschiedener Chirurgen mit 16% Heilungen, 40% Besserungen: 11% der Kranken zeigten keine Besserung, 33% starben. In Fällen von interstitieller Nephritis waren die Resultate oft ausgezeichnet, insofern Eiweiss und Zellen verschwanden; die Sterblichkeit bei chronisch-interstitieller Nephritis war 26%, bei chronisch-parenchymatöser 25%, bei chronisch-diffuser 57%.

Elliott (709) legt seinen Betrachtungen die Zusammenstellung von Guitéras zu Grunde. Während aber Guitéras dazu neigt, für die Operation einzutreten, kann sich E. nicht damit befreunden. Er scheidet zunächst 16 von Guitéras' 120 Fällen aus wegen ungenügender Genauigkeit der Angaben bezüglich der Diagnose

oder der Resultate. Dazu kommen 8 neue Fälle. Von diesen 112 kommen 29 auf Wanderniere mit Albuminurie und Cylindern mit ausgezeichneten Resultaten. 7 Fälle verschiedener Arten von Nierenleiden können beiseite gelassen werden. Von 76 Kranken mit chronischer Nephritis (43 interstitieller und 33 parenchymatöser) starben 36 (alle im ersten Jahre, davon 13 in der ersten Woche und 20 während des ersten Monats); gebessert wurden 26, nicht gebessert 12 und verschlechtert 2.

Auf Grund weiterer Betrachtungen glaubt E. die chronische interstitielle Nephritis von der chirurgischen Behandlung ganz ausschliessen zu sollen und bei der parenchymatösen Form die Enthülsung zu reserviren für Fälle, die Befreiung von Druck erfordern: Fälle von chronischer Nephritis bei Wanderniere; Anurie ohne mechanisches Hinderniss (ganz akute Nephritis und Trauma); schwere idiopathische renale Hämaturie; Nephralgie bei Nephritis; vielleicht könne die Operation auch bei akuter Nephritis, die in chronische überzugehen drohe, den Process aufhalten.

Suker (765) fand, dass von Nephritikern mit Retinitis albuminurica bei interner Behandlung 75% innerhalb eines Jahres, wenigstens 85% innerhalb zweier Jahre starben. Nach Enthülsung starben alle Kranke, die zur Zeit der Operation Retinitis gehabt hatten, in den ersten beiden Jahren. S. warnt deshalb davor, Kranke mit Retinitis zu operiren.

Ayres (691) unterscheidet streng zwischen *beginnender Nephritis und parenchymatöser Degeneration* einerseits und *ausgesprochener parenchymatöser wie interstitieller Nephritis* andererseits.

Von Erkrankungen der ersteren Kategorie hat er 46 mit Nierenbeckenspülung behandelt. Der Erfolg bestand in dem Verschwinden des Albumens und der corpuskulären Elemente. Die längste Behandlungsdauer bis zum Verschwinden dieser Symptome betrug 11 Wochen.

Alle diese Fälle betrafen noch keine ausgesprochene Nephritis und lediglich Erkrankungen ascendirender Natur. Doch gerade hierin erblickt A. den hohen Werth der Methode: die Möglichkeit, eine beginnende Nephritis zu coupiren.

Von vorgeschrittenen parenchymatösen und interstitiellen Nephritiden wurden 12 mit Ausspülung des Nierenbeckens mit folgendem Resultate behandelt: drei chronisch parenchymatöse Nephritiden wurden merklich, zwei leichte interstitielle etwas gebessert. 7 Fälle von ausgesprochener interstitieller Nephritis wurden nicht günstig beeinflusst.

In seinem Vortrage über *Nierenblutungen* kommt Kotzenberg (729) zu folgenden Ergebnissen: Die als *essentielle Nierenblutungen* beschriebenen Fälle von Massenblutungen der Nieren werden durch erst beginnende, nephritische Processe verursacht, die sich im Bereiche der Rinde, speciell im Capillarsystem, abspielen und die makroskopisch so gut wie nie, mikroskopisch nur bei allersorgfältigster Untersuchung von Rindenstückchen aus den verschiedensten Theilen der Niere nachgewiesen werden können. Eine einseitige hämatogene Nephritis giebt es nicht. Die Differentialdiagnose zwischen Tumor und nephritischer Blutung kann nur durch die Operation gestellt werden.

Cocherelli (698) berichtet über die *Dekapsulation und die Fixation der Nieren*. Bei seinen Thierversuchen und seinen Nephropexien u. s. w. hat er die Erfahrung gemacht, dass die Enthülsung der Niere ein ebenso harmloser wie werthvoller Eingriff zur Wiederherstellung der Nierenfunktion ist. Nach Entfernung der Kapsel schwillt die Niere an, wird blutreicher; somit sind in den ersten Tagen die Diurese gering, Harnstoff und sonstige feste Bestandtheile reichlich, um nachher wesentlicher Steigerung der Harnmenge Platz zu machen, wenn sich eine reichliche Gefässbildung der Oberfläche entwickelt hat. C. glaubt deshalb bei akuter funktioneller Niereninsufficienz die Enthülsung anrathen zu sollen, ebenso vielleicht bei bakterieller Nephritis. Da sich die Wanderniere gleichfalls im Zustande chronischer Funktionstörung befindet, hält er seine Methode, das Organ nach Enthülsung mittels Fadens an den Rippen aufzuhängen, für besonders geeignet, durch feste gefässhaltige Verwachsungen reponirend auf die chronisch erkrankte Niere zu wirken.

In einer Arbeit über die *chirurgische Behandlung der Nephritis* hebt Ferguson (710) hervor, dass er schon früher ausgesprochen hat, dass Schrumpfniere oft von schmerzhafter Wanderniere begleitet und durch Abstreifen der Kapsel und Annähen besserungsfähig sei, er hat auch schon 1896 dementsprechende, von gutem Erfolge begleitete Operationen ausgeführt. Er hat dann im Laufe der Jahre eine Reihe von Kranken derart behandelt. Seine Erfahrungen lehren: 1) Alle Wandernieren sollen mit Abstreifen der Kapsel und Annähen behandelt, jedes Mal soll während der Operation ein Stückchen Niere mikroskopisch untersucht werden. Ausserordentlich häufig findet sich dabei chronische Nephritis in irgend einer Form. 2) Durch das Abstreifen der Kapsel und Annähen der Niere wird nicht eine Regeneration der schon verloren gegangenen Theile erzielt, aber die Reservekräfte können besser und nachhaltiger in Thätigkeit treten; die Niere wird von den in ihr vorhandenen Giftstoffen durch ihr natürliches Drainagesystem befreit, und die noch funktionirenden Theile erkranken nicht. 3) Bei akuter Nephritis könnte derselbe Vorgang in den frisch erkrankten Theilen sich abspielen und diese könnten dadurch gerettet werden. 4) Da bei Durchsicht der Literatur nur ca. 6% Todesfälle auf die Operation selbst kommen, räth F., bei hoffnungslos an chronischer Nephritis Erkrankten lieber die Operation zu versuchen, als sie ihrem Schicksal zu überlassen, und zwar frühzeitig genug, damit überhaupt noch gesundes Nierengewebe vorhanden ist.

Yvert (776) ist ein begeisterter Anhänger der *chirurgischen Behandlung akuter und chronischer Nephritiden*. Er empfiehlt ganz besonders die von Pousson als entspannende, drainirende Operation angewendete Nephrotomie und giebt ihr der sicheren Wirkung und geringeren Verletzung wegen den Vorzug vor der Enthülsung.

Ein *neues Verfahren zur operativen Therapie der chronischen Nephritis* theilt Bakeš (692) mit.

„Bekanntlich culminirt das Bestreben des Edebohls'schen Verfahrens in Schaffung neuer Cirkulationverhältnisse für die erkrankte Niere nach einer in der Chirurgie schon eingebürgerten Idee, welche anderwärts in der operativen Praxis erfolgreich geübt wird (Talma).

Die Reposition der denudierten Niere in ihre relativ gefässarme Fettkapsel scheint mir daher der schwache Punkt der oben erwähnten Methode Edebohls' zu sein, zumal die sichere Bildung

eines ausgiebigen Collateralkreislaufes bei seinem Verfahren weder durch Autopsie noch experimentell sicher erwiesen wurde.

Deshalb beschloss ich das Organ nach ausgeführter Decortikation mit den stark vaskularisirten Gebilden der Peritonäalhöhle in enge Verbindung zu bringen, um dadurch die neue Vaskularisation seines Parenchyms energischer anzubahnen und gewissermaassen zu garantiren."

Durch eine Reihe von Leichenversuchen gelangte B. zu folgenden 2 Methoden: 1) *die Netzeinhüllung der decorticirten Niere;* 2) *die intraperitoneale Dislokation der decorticirten Niere.* Was die Wahl unter den zwei beschriebenen Methoden anlangt, so richtet sie sich nach der Grösse der Niere und namentlich nach den vorgefundenen Netzverhältnissen. Bei einem geschrumpften atrophischen Omentum tritt die intraperitoneale Dislokation in ihre Rechte.

v. Augerer (690) theilt einen Fall von *einseitiger chronischer interstitieller und hämorrhagischer Nephritis* mit, in dem durch *Exstirpation der kranken Niere Heilung* erzielt wurde.

Bei dem 52jähr. Kr. hatte sich das Nierenleiden nach einer Contusion der Nierengegend entwickelt; nach mehreren Jahren kam es in Folge einer erneuten Contusion der Nierengegend zu schweren Hämaturien. Die klinische Diagnose musste mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einen malignen Nierentumor gestellt werden. Freilegung der etwa 4fach vergrösserten, normal gestalteten Niere. v. A. vermuthete einen centralen Tumor und machte die Nephrektomie. *Anatomische Diagnose: Chronische und recurrirende interstitielle und hämorrhagische Nephritis.* Der Kr. ist seit der vor 6 Monaten stattgefundenen Operation vollkommen gesund geblieben und hat sich ausserordentlich erholt; Urin vollkommen normal. v. A. glaubt, dass es sich hier nur um eine *einseitige* Nierenentzündung gehandelt haben kann.

Auch Boyd (696) berichtet über einen Fall von *Dekapsulation der Niere* bei einem 52jähr. Kr. mit *chronischer Nephritis.* Es wurde zunächst nur die rechte Niere operirt; die Besserung darauf hin war so auffallend, dass der Kr. einen Eingriff an der anderen Niere verweigerte. 4 Monate nach der Operation *starb* der Kranke.

Von besonderem Interesse ist der von Baattie erstattete genaue pathologisch-anatomische Befund, namentlich auch der dekapsulirten Niere. Es hatte sich eine so feste, neue Kapsel gebildet, dass die Heilwirkung der Operation gleich 0 sein musste. „On pathological grounds, the ultimate effects of decapsulation seem of doubtful benefit."

Clande und Duval (701) haben bei 2 Kr. mit *chronischer Granulaatrophie der Nieren,* bei denen sich urämische Symptome eingestellt hatten, mit Erfolg die *Dekapsulation einer Niere* vorgenommen.

Cuturi (703) theilt einen Fall von *einseitiger chronischer Nephritis bei Blasendivertikel* mit. Der nach vielen Richtungen hin bemerkenswerthe Fall betraf einen 54jähr. Kr., bei dem sich wahrscheinlich im Alter von 28 Jahren im Anschlusse an eine Verletzung ein Blasendivertikel gebildet hatte. Weitere begünstigende Umstände bildeten hierbei eine Malarin und ein schweres typhöses Fieber. Dieses in der linken Blasenhälfte gelegene Divertikel war der Sitz schwerer infektiöser Eiterung, die schliesslich auch zu einer Infektion der linken Niere führte. Die Freilegung des Organes ergab eine allseitige Vergrösserung; am oberen Pole bestanden eine ausgesprochene Perinephritis, sowie eine sklerosirende Bindegewebsentartung. Im Uebrigen war die Niere congestionirt, nirgends eine Eiterung. Der Harnleiter war durchgängig. Catgutnaht des Nierenparenchyms; Drainage der Lendenwunde; bedeutende Besserung des lokalen und allgemeinen Zustandes.

Ein ganz ähnlicher Fall, der auch pathologisch-anatomisch genau untersucht werden konnte, ist von Durrieux mitgetheilt worden.

In C.'s Falle hatte also die Infektion des Nierenparenchyms nicht zu einer Eiterung, sondern nur zu einer im oberen Pole der linken Niere lokalisirten interstitiellen Nephritis geführt, die durch die Nephrotomie günstig beeinflusst wurde. Auf diese Verhältnisse hat Albarran zuerst aufmerksam gemacht. Bemerkungen über einseitige Nephritis beschliessen die Arbeit.

Edebohls (704) berichtet über einen 26jähr. Kr., bei dem er 2 Jahre zuvor die *doppelseitige Dekapsulation der Niere* ausgeführt hatte. Als wiederum schwere Erscheinungen auftraten, wurde die *Redekapsulation beider Nieren* vorgenommen, und zwar zunächst auch mit günstigem Erfolge.

In einer Arbeit über *Nephritis und Hämaturia* theilt H. A. Fowler (712) eine eigene, sehr interessante Beobachtung mit, die einen 60jähr. Kr. betraf. Für die der rechten Niere entstammende Hämaturie fand sich keinerlei nachweisbare Ursache; Erkrankungen des Urogenitalsystems lagen sonst nicht vor. Die sehr profuse und anhaltende Hämaturie war nur einseitig und währte schon 4 Jahre. Erscheinungen von Nephritis waren nicht vorhanden; Cylinder wurden niemals gefunden. Die operative Freilegung der Niere ergab eine ausgesprochene Granulaoberfläche; sonst wurde nichts Pathologisches gefunden. *Nephrektomie;* vollkommene *Heilung,* die noch 14 Monate nach der Operation festgestellt wurde. Die histologische Untersuchung der Niere ergab eine ausgesprochene *diffuse interstitielle Nephritis.* Eine Urinuntersuchung 14 Monate nach der Operation ergab etwas Eiweiss, vereinzelte hyaline Cylinder und rothe Blutkörperchen. Es liegt also auch hier zweifellos eine *doppelseitige* Erkrankung vor, wenn auch die profuse Hämaturie nur einseitig war.

Harris (721) berichtet über einen 20jähr. Kr. mit schwerer *chronischer parenchymatöser Nephritis,* bei dem, als alle diätetischen und inneren Medikationen erfolglos blieben, die *beiderseitige renale Dekapsulation* vorgenommen wurde. 3 Wochen später begann eine auffallende *Besserung,* die bisher 16½ Monate angehalten hat. Eiweiss findet sich nur noch in Spuren, Cylinder können nur ganz ausnahmeweise nachgewiesen werden. Hebung des Allgemeinzustandes.

Hildebrandt (724) berichtet über einen Fall von Hämaturie, in dem der Ureterenkatheterismus ergab, dass *einseitige Nierenblutung* vorlag. Nach mehrfacher Wiederholung der Blutung wurde die *Niere durch den Sektionsschnitt* eröffnet; es fand sich keinerlei makroskopische, und an einem excidirten Stückchen auch keine mikroskopische Veränderung des Nierengewebes. H. nimmt an, dass es sich um die zuerst von Israel beschriebene *Anschoppung der Niere* gehandelt habe, der eine durch das Auftreten von Eiweiss und Cylindern im Urin manifest werdende Nephritis gefolgt sei. Die Blutung stand 2 Tage nach der Operation und kehrte nicht wieder.

Jahnulay (725) bespricht die theoretischen Grundlagen der *aktiven Therapie der akuten und chronischen Nephritis* und theilt den Fall einer 41jähr. Frau mit, die durch Enthülsung der rechten Niere von einer 10 Monate dauernden Albuminurie befreit wurde. Bei der Operation wurde das Becken der rechten Niere leer gefunden. Durch die Operation stieg die tägliche Urinmenge in wenigen Tagen von 800, 900 auf 1200 ccm, der Harnstoffgehalt von 9 g in 1 Liter auf 12.5.

Eigenthümlich an dem Falle J.'s ist, dass die rechte Niere, die vergrössert war und vor der Operation gut getastet werden konnte, sehr schmerzhaft auf Druck war und auch spontan heftige Lumbalschmerzen machte, was bei chronischer Nephritis nicht vorzukommen pflegt. Für

den auffallend schnellen Erfolg, der durch neugebildete Blutgefässe noch nicht erklärt werden kann, denkt J. an die Vermittelung der Vasomotoren des Sympathicus.

Martens (736) berichtet zunächst über eine Kr. mit *chronischer parenchymatöser Nephritis*, bei der er vor $2^1/_2$ Jahren wegen periodischer Blutungen mit hohem Fieber und linkseitigen Kolikanfällen die *linke Niere freigelegt* und *gespaltet* hat. Kein Conkrement; glatte Heilung. *Kein wesentlicher Einfluss der Operation:* Nephritis besteht noch; Kolikanfälle seltener.

Ferner legte M. bei einem 13jähr. Mädchen, das an heftigen linkseitigen Kolikanfällen litt, die *linke Niere* frei und *spaltete* sie. Die Niere war sehr klein und geschrumpft, mit der Kapsel fest verwachsen; ein Stein wurde nicht gefunden. Auf dem Durchschnitte der Niere zeigte sich eine *chronische interstitielle Nephritis*. Nierennaht; die Kapsel blieb grösstentheils unvereinigt; Heilung. Die *Schmerzen sind bisher vollständig fortgeblieben*.

Newman (741) hat bei einem Kr., der an Albuminurie und Nierenkolik litt und einen plötzlichen Anfall von *Anurie* bekam, die betroffene *Niere freigelegt* und *bis in das Nierenbecken gespalten*. Der gemuthmasste Stein fand sich nicht vor. Verschwinden der Albuminurie; vollkommene *Heilung*.

Nydegger (742) hat in 2 Fällen von *chronischer Nephritis* die *Nierendekapsulation* vorgenommen. Der eine Fall endete tödtlich, in dem anderen war eine langsame, leichte Besserung nachzuweisen.

Phocas (743) hat im Verlaufe eines Jahres 10mal die *Kapselspaltung der Niere* an Kranken mit *chronischer Nephritis* ausgeführt. Die Resultate der Operation waren gut; Urinmenge und Harnstoffausscheidung stiegen zu Beginn der 2. Woche nach der Operation; vorhandener Ascites ging zurück; nur eine Pat. verlor Ph. nach dem Eingriffe. Ermuthigt durch diese Resultate, machte er im December vorigen Jahres den Versuch, den Ascites bei Lebercirrhose durch die gleiche Oporation zu beeinflussen; or nahm sie an einem 49jähr. Kaufmanne vor, bei dem seit $4^1/_2$ Monaten Ascites und Oedem der Beine bestanden hatten. Nach der Operation, bei der die Kapsel der rechten Niere gespalten und mit der Hohlsonde zurückgestreift wurde, stieg die Urinmenge von 350 g auf 600 g am 1., bis zu 800—900 g an den folgenden Tagen, die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffes von 25 g auf 35 g im Durchschnitte; der Umfang des Bauches war am 9. Tage von 100 auf 90 cm zurückgegangen. Ph. zieht wegen der Kürze der Beobachtungzeit noch keine Schlüsse aus dem bisherigen Verlaufe, hält aber den Versuch, bei Lebercirrhose die Diurese durch Spaltung der Nierenkapsel zu heben, für berechtigt, da die Operation gefahrlos sei oder wenigstens nicht gefährlicher als die Talma'sche Operation. Dass die Steigerung der Urinmenge sofort nach der Operation auftrat, während sie an den wegen Schrumpfniere Operirten erst nach Verlauf mehrerer Tage zu beobachten war, führt Ph. darauf zurück, dass der Eingriff an einer an sich gesunden Niere vorgenommen wurde.

Purruoker (749) berichtet über 2 beinahe 60 Jahre alte, corpulente Kr., die seit etwa 6 Jahren an *dumpfen Schmerzen in der linken Nierengegend* litten, zeitweise bis zu richtigen *Nierenkoliken*. Urin vermindert, stets blut- und eiweissfrei, ohne abnorme Bestandtheile; negativer radioskopischer Befund. *Lumbale Freilegung der Niere*, die in beiden Fällen blutreicher, in dem einen Falle auch etwas vergrössert war. Auch die *Nierenspaltung* ergab normale Verhältnisse; Nierenbecken frei. Auch die mikroskopische Untersuchung excidirter Nierenstückchen ergab durchaus normales Verhalten. Lose Tamponade, reaktionlose *Heilung;* beide Kr. sind hisher, $1^1/_2$ Jahre nach der Operation, frei von Schmerzen. Uriumenge vermehrt; Gehalt an Harnsäure auf den 3. Theil zurückgegangen.

Israel erklärt die Nierenkolikanfälle durch *entzündliche* Congestivschwellungen des Nierenparenchyms. In den beiden hier berichteten Fällen war die Congestion sicher vorhanden, die Entzündung war nicht nachweisbar, womit aber nicht gesagt sein soll, dass überhaupt Entzündung ausgeschlossen wäre. Beide Pat. zeichneten sich durch erhebliche Fettleibigkeit aus und beide litten an primär chronischem Gelenkrheumatismus. Auch die Fälle Israel's zeigen vielfach Fettleibigkeit nebst Gicht und Gelenkrheumatismus, also das Vorhandensein einer Stoffwechselerkrankung. Man könnte vielleicht auch Stoffwechselanomalien für die congestiven Zustände der Niere verantwortlich machen. Die Harnsäure hat ja bekanntermaassen einen stark irritirenden Einfluss auf die Körpergewebe und in den beiden Fällen P.'s zeigte sich ein Rückgang des Harnsäureprocentgehaltes im Urin *nach* der Nierenspaltung auf den 3. Theil des Gehaltes *vor* der Operation.

Dass die Operation der Nierenspaltung die Symptome der in Frage stehenden, in ihrem Wesen noch unklaren Krankheit beherrscht, kann mit Sicherheit behauptet werden, ihre heilende Wirkung auf die Grundursache der Symptome ist wenigstens sehr wahrscheinlich. Die Gefahr der Nierenspaltung ist bei offener Wundbehandlung eine minimale, die Operation muss also für derartige Fälle empfohlen werden.

Scheben (754) berichtet über *3 Nephritiker*, die Hammesfahr durch Edebohls'sche Operation behandelt hat. In dem Falle von akutor hämorrhagischer Scharlachnephritis trat nur ein vorübergehender Erfolg ein; in dem Falle von chronischer paronchymatöser Nephritis hat die Besserung vorgehalten. In dem Falle von vorgeschrittener interstitieller Nephritis trat nur eine ganz vorübergehende Besserung ein; dann verschlimmerte sich der Zustand sehr rasch wieder; *Tod*.

„Bei der Beurtheilung der Wirkung des Edebohls'schen Eingriffes im einzelnen Falle ist vor Allem Rücksicht zu nehmen auf das Stadium der Krankheit; es kommt darauf an, ob das anatomische Substrat, an das die Nierenfunktion gebunden ist, überhaupt noch erholungsfähig ist."

Schmidt (756) hat bei einem 5jähr. Knaben, der eine 4tägige *Scharlachanurie* hatte, mit Erfolg die *Dekapsulation* und *Stichelung der einen Niere* vorgenommen. Die Diurese begann bereits einige Stunden nach der Operation. Vollkommene *Heilung*. Da die Niere des Kr. nicht abnorm gespannt war, so wurde sie demgemäss durch den Kapselschnitt, die Decortikation und Stichelung auch nicht entspannt. Schm. möchte annehmen, dass die Trenuung oder Dehnung von nervösen, besonders sympathischen zur Niere gehörigen Faseru und Geflechten vasomotorischer oder sekretorischer Art zur Erklärung der Heilwirkung horangezogen werden könnte.

Schüller (757) theilt aus der Zuckerkandl'schen Abtheilung mehrere Fälle mit, in denen das einzige Symptom einer schon *weit vorgeschrittenen beiderseitigen chronischen Nephritis* in *einseitiger Hämaturie* mit oder ohne Kolik bestand; orst später kam es zu Cylindrurie und eventuell auch Albuminurie. Weiterhin konnte Sch. mehrfach beobachten, dass die *Dekapsulation der Niere* wohl die Blutung zum Schwinden bringt, nicht aber die Albuminurie.

Sexton (759) berichtet über mehrere Fälle von *chronischer Nephritis* mit *Enthülsung*. In einem Falle, in dem die Niere nach einem Jahre wiederum freigelegt wurde, ergab sich, dass sich zahlreiche ausgedehnte und sehr gefässreiche Verwachsungen mit der Nierenoberfläche gebildet hatten.

Bei einer 2. Pat., der wegen chronischer parenchymatöser Nephritis mit Uebergang in Schrumpfniere beide Nieren enthülst wurden, waren 11 Monate später alle Erscheinungen zurückgegangen und die meisten ganz geschwunden, während vor der Operation der Zustand, trotz strikter Diät, sich stetig verschlimmert hatte.

Treplin (770) berichtet über einen 16jähr. Knaben mit multiplen osteomyelitischen Knochenherden, der ausserdem an Albuminurie und *Hämaturie* litt. Durch mehrfache Cystoskopin und Ureterensondirung konnte festgestellt werden, dass das Blut lediglich aus der rechten

Niere stammte. *Freilegung der rechten Niere:* keine umschriebene Entzündung; das ganze Organ leicht intumescirt; unter der Capsula propria einzelne hämorrhagische Stellen. *Dekapsulation mit völliger Entfernung der Kapsel.* Nach 4—6 Wochen war der Urin frei von Blut und allen nephritischen Elementen; Heilung bisher 8 Monate. Es hat sich also entschieden um einen der seltenen Fälle von *einseitig hämorrhagischer Nephritis* gehandelt.

Willo (772): 18jähr. Kr. mit *subakuter Nephritis.* Da nach 2 Monate langer Behandlung keine Besserung eintrat, wurde *operatie* eingegriffen und zuerst an der rechten, später auch an der linken Niere die *Nephrokapsektomie* vorgenommen. Auffallende *Besserung* bezüglich des Eiweissgehaltes und der Zahl der hyalinen und granulirten Cylinder.

Witzel (773) berichtet über einen günstigen Erfolg der Edebohls'schen *Operation bei chronischer Nephritis.*

Die Operation wurde bei einem 60jähr. Manne mit schwerer Urämie ausgeführt. Die Nieren waren beiderseits auf das Doppelte vergrössert, weiss.

Nach der Operation schwand die Urämie. Der Eiweissgehalt ging zurück. Pat. erholte sich gut, obwohl er zur Zeit der Vornahme der Operation nach Erschöpfung aller internen Mittel aufgegeben war.

In einer Arbeit über *„ungewöhnliche Nieren- und Nierenbeckenblutungen"* theilt Casper (697) 7 hierhergehörige Beobachtungen ausführlich mit. In den ersten 4 Fällen handelte es sich um eine *Nephritis.* „Somit ist von Neuem bewiesen, was schon bekannt war und wohl kaum noch angezweifelt wird, dass ganz chronisch verlaufende Nephritiden, und zwar solche vorwiegend parenchymatöser Art wie auch diejenigen mit indurativer Tendenz heftige und lang anhaltende Blutungen einer oder beider Nieren verursachen können." Die Nierenblutungen der Nephritiker kommen auch ohne Operation zum Stehen. Die *Diagnose* wird in solchen Fällen wohl meist zwischen Nephritis, einem kleinen nicht fühlbaren Tumor (Hypernephrom) oder einem Nierenbeckenpapillom schwanken. Angesichts der bekannten Bösartigkeit der Hypernephrome muss man sich deshalb in zweifelhaften Fällen derartiger Hämaturien zur frühzeitigen Blosslegung der betreffenden Niere entschliessen.

Im 5. und 6. Falle vermag C. eine Ursache der Blutung nicht anzugeben. Trotz genauester klinischer Beobachtung, trotz genauester Durchmusterung der herausgeschnittenen Niere hat sich nichts ergeben, was die Blutung erklärt. „Wir werden also zu der Annahme von Klemperer und Senator gedrängt, dass es *essentielle Nierenblutungen* giebt, d. h. Nierenblutungen, für die sich eine materielle Grundlage in der blutenden Niere nicht findet." C. will den Namen *Nephritis* ausschliesslich reservirt wissen für die *doppelseitigen diffusen* auf hämatogenem (lymphogenem) Wege entstandenen Entzündungen der Niere. Entgegen Israel, Rovsing, Küster u. A. sieht er geringe Veränderungen nicht als Ausdruck einer Nephritis an und will sie auch nicht als Ursache schwerer Blutungen angesprochen wissen. Die *Diagnose* solcher *essentiellen Nierenblutungen* ist sehr unsicher. Man soll deshalb *operativ* eingreifen; an Stelle der Nephrektomie kann man unter Umständen die Tamponade oder die Compression der aufgeschnittenen Niere versuchen.

Im 7. Falle handelte es sich um eine *Nierenbeckenblutung.*

In einer Arbeit *über die sogenannte essentielle Hämaturie* theilt v. Karaffa-Korbutt (727) eine neue hierher gehörige Beobachtung mit. Er kommt zu folgenden Schlusssätzen: „1) Blutungen aus gesunden Nieren, ohne ein pathologisch-anatomisches Substrat, erscheinen wenig wahrscheinlich. Wenn in einigen gut untersuchten Fällen von renalen Hämaturien immerhin pathologische Veränderungen nicht gefunden werden konnten, so kann dieses dadurch erklärt werden, dass entweder der Schnitt keinen pathologischen Herd traf, oder dass unsere diagnostischen Methoden noch nicht alle vorhandenen Veränderungen in der Niere entdecken können. 2) Die klinische Diagnose „Haematuria essentialis" erfordert eine explorative Blosslegung der Niere, wobei sub operatione schon eine bestimmte Diagnose gestellt und die Frage gelöst wird, welche von den drei Operationen: Decapsulatio, Nephrotomia oder Nephrectomia man dem lumbalen Explorativschnitt anschliessen soll. Dabei soll man, nachdem die Niere blossgelegt und besichtigt worden ist, äusserlich noch das Nierenbecken und das obere Ureterende untersuchen. 3. Darauf wird die Dekapsulation ausgeführt, die einen Aufschluss über den Zustand der Cortikalsubstanz der Niere giebt, oder auch die Nephrotomie mit Oeffnung und Besichtigung des Beckens, wenn die Dekapsulation nicht die Ursache der Hämaturie aufgeklärt hat. Diese beiden Operationen lassen zuweilen die Blutungen auf längere Zeit verschwinden. 4) Findet man tuberkulöse Herde oder Neoplasmen, so muss man die Nephrektomie machen. Es ist vortheilhafter, die primäre Nephrektomie auch beim Fehlen von sichtbaren pathologischen Veränderungen auszuführen, und zwar in den Fällen, wo die Kranken von den Blutungen erschöpft sind, deren Dauer und Hartnäckigkeit, wie z. B. in unserem Falle, für ernste Veränderungen in der Niere sprechen. 5) Hämaturie, die auf Metaplasie des Nierenbeckenepithels beruht, kann nur durch Nephrektomie beseitigt werden."

In einem *Beitrage zur Frage der „essentiellen Nierenblutung"* berichtet Kretschmer (731) aus der Zuckerkandl'schen chirurgischen Abtheilung über einen 17jähr. Kr. mit zweimonatiger, nachweislich auf die eine Niere beschränkter Hämaturie. Die Dekapsulation brachte den Process zunächst fast zum Stillstande. Die Veränderungen des Nierenparenchyms dieser Periode kennzeichneten sich im mikroskopischen Bilde vorwiegend durch proliferative Vorgänge an den Malpighi'schen Körperchen und durch die Tendenz zu Blutungen in den Bowman'schen Raum. Nach 5monatiger Pause setzte die Hämaturie wieder ein, und zwar so anhaltend und schwer, dass die *Nephrektomie* vorgenommen werden musste. Danach kehrte der Harnbefund, wie es scheint, endgültig zur Norm zurück. Die mikroskopische Untersuchung der Niere zeigte eine wesentliche Steigerung der früher nachgewiesenen Veränderungen; es handelte sich jetzt wirklich um eine *Nephritis.*

Digitized by Google

K. stellt folgende Schlusssätze auf:

„1) Die Annahme, dass eine Hämaturie aus einer anatomisch unveränderten Niere stamme, ist unstatthaft, wenn nicht folgende Voraussetzungen erfüllt sind. Es muss a) sicher gestellt sein, dass kein anderer Abschnitt als das Nierenparenchym selbst Blutungsquelle war, und es muss b) eine mikroskopische Untersuchung der vermeintlich unveränderten Niere vorliegen. 2) Schon geringe pathologische Veränderungen im Nierenparenchym können wesentliche Nierenblutungen zur Folge haben. Der gegenwärtige Stand der Mikroskopie gestattet noch nicht in jedem Falle, aus dem Grade der Veränderung die Blutungstendenz einer pathologischen Niere mit Sicherheit zu erschliessen, insbesondere auch nicht aus diesem Grade Folgerungen bezüglich der Schwere der Blutung zu ziehen. Demgemäss ist es auch nicht möglich, eventuell solche Veränderungen als zu geringfügige im Sinne der Blutungstendenz anzusprechen. 3) In manchen Fällen essentieller Nierenblutung bewährt sich sowohl die Dekapsulation als auch die Nephrotomie als endgültig heilsamer Eingriff. In anderen, und zwar auch in solchen, die, wie der vorliegende, scheinbar nur geringfügige mikroskopische Veränderungen aufweisen können, ist der Erfolg kein nachhaltiger, und es ergiebt sich dann eventuell in einer späteren Periode die Notwendigkeit einer Nephrektomie. 4) Dem klinischen Symptome der Nierenblutung entsprechen in den einzelnen Fällen durchaus verschiedene anatomische und mikroskopische Bilder der Nierenparenchymveränderung."

Loewenhardt (733) theilt einen *eigenthümlichen Fall von renaler Massenblutung* bei einer 33jähr. Frau mit, bei der aus vitaler Indikation die *Nephrektomie* mit glücklichem Ausgange vorgenommen wurde. ½ Jahr nach Entfernung der rechten Niere bekam die Kr. wieder eine profuse, aber der früheren an Stärke nicht annähernd vergleichbare Hämaturie. Nach innerlichem Gebrauche von Jodkalium sollte die Blutung rasch sistirt haben. Die Kr. ist angeblich früher luetisch gewesen; nachweisbare Symptome lagen nicht vor. Die genaue Untersuchung der exstirpirten Niere ergab einmal eine ascendirende, subakute Pyelopapillitis, sowie ferner eine interstitielle disseminirte Nephritis mit direkten Narben. Die histologische Untersuchung hat also keinen Anhalt für eine luetische Ursache ergeben.

Poussou (744) theilt einen interessanten Fall von *Nephrorrhaphie* mit: 35jähr. Mann, der mitten in voller Gesundheit 14 Tage lang Blut im Urin entleerte; hierauf wurde die Blutung intermittirend. Die einzige objektive Krankheitserscheinung blieb auch im weiteren Verlaufe die Hamaturie. P. bespricht ausführlich die Diagnose des Ursprunges, die Differentialdiagnose gegenüber dem Carcinom, und kommt zu dem Schlusse, dass hier eine Hämaturie in Folge chronischer Nephritis vorliege. Die Freilegung und Spaltung der Niere ergab, dass es sich um eine ziemlich kleine und harte Niere mit einzelnen Einziehungen an der Oberfläche handelte. Die histologische Untersuchung zeigte nephritische Veränderungen. Die Blutungen schwanden nach der Operation vollkommen, der Eiweissgehalt verringerte sich stark.

Schüller (757) berichtet über eine 49jähr. Frau, die durch eine Monate dauernde, heftige *Hämaturie* sehr heruntergekommen war. Der blutige Harn stammte aus der rechten Seite, enthielt ausser Blut und dem diesem entsprechenden Eiweiss nichts besonderes. Die linke Niere funktionirte normal. Wegen der bedrohlichen Anämie machte Zuckerkandl die *Nephrotomie*. Eine makroskopische Veränderung war nicht nachweisbar; dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Rindenstückes und einer excidirten Pupille sichere Zeichen von *chronischer Entzündung*. Catgutnaht der Niere und der abgezogenen Nierenkapsel. *Heilung; Aufhören* der Blutung.

In einem Aufsatze über *Massenblutungen aus gesunden und kranken Nieren* theilt Stich (764) aus der Königsberger chirurgischen Klinik 4 Fälle von einseitiger Massenblutung mit. In 2 Fällen konnte die Art der Hamaturie nicht vollkommen aufgeklärt werden; in den beiden anderen Fällen konnte jedoch anatomisch untersucht werden, so dass sich aus ihnen bestimmte Schlüsse ziehen lassen. In dem einen Falle — 46jähr. Kr.; Tod an Sepsis nach vorausgegangener Nephrotomie-Nephrektomie — dürfte die Ursache der Blutungen in der mikroskopisch festgestellten *hämorrhagischen Nephritis* zu suchen sein. In dem anderen Falle — die 30jähr. Kr. erlag einer doppelseitigen ascendirenden Pyelonephritis — stellte sich bei der mikroskopischen Untersuchung überraschender Weise heraus, dass — neben den in beiden Organen ziemlich gleich stark verbreiteten Abscessen — auf der rechten Seite eine *chronische diffuse Nephritis* vorhanden war, die sich in keiner Weise von den Befunden unterschied, die wir bei den subchronisch und chronisch verlaufenden Nephritiden, speciell bei der chronisch hämorrhagischen Nephritis finden, während die linke Niere, abgesehen von den erwähnten Eiterherden und damit verbundenen akuten degenerativen Erscheinungen nichts zeigte, was auf einen der anderen Seite analogen Process hinwies; kurz gesagt, es fand sich eine *einseitige Nephritis*. Jedenfalls beweist diese Beobachtung, *„dass es selten Fälle giebt, die — klinisch durch Hämaturie und Koliken ausgezeichnet — anatomisch auf der kranken Seite das Bild einer diffusen chronischen parenchymatösen und interstitiellen Nephritis darbieten, während die andere Niere normal ist"*.

Sultan (766) theilt die genaue Krankengeschichte einer 22jähr. Frau mit *lokaler Eosinophilie der linken Niere* mit; *lumbale Nephrektomie; Heilung*. Er zieht aus dieser Beobachtung folgende Schlussfolgerungen: „1) Es giebt eine Form der interstitiellen Nephritis, die auf *eine* Niere beschränkt bleibt, kolikartige Schmerzanfälle hervorruft und deren Infiltrationszellen fast ausschliesslich aus massenhaft angehäuften eosinophilen Zellen bestehen. 2) Durch den mikroskopischen Nachweis der von der erkrankten Niere mit dem Harn entleerten eosinophilen Zellen und der aus solchen Zellen zusammengesetzten Gewebsfetzen wird man in Zukunft diese Form der Nephritis diagnosticiren können. 3) Das Leidon ist durch Exstirpation der erkrankten Niere heilbar; doch würde bei sicher gestellter Diagnose zunächst die Vornahme einer Nephrektomie zu empfehlen sein. 4) Die sehr zahlreichen Beobachtungen von Bluteosinophilie bei den verschiedenartigsten Krankheiten und die bisher vorliegenden Erfahrungen über Gewebseosinephilie lassen zur Zeit die Bedingungen noch nicht erkennen, unter denen es im speciellen Fall zur Vermehrung der eosinophilen Zellen kommen muss. 5) Wenngleich einiges dafür spricht, dass bei lokalen Eosinophilien die charakteristischen Zellen an Ort und Stelle entstehen und obgleich speciell die lokale Entwickelung der Eosinophilen aus Lymphocyten analog ihrer embryonalen Bildung

nicht unwahrscheinlich ist, so reichen doch nach unseren bisherigen Kenntnissen die Gründe für und wider nicht hin, um zur Zeit über diese Frage eine sichere Entscheidung fällen zu können."

Heymann (723) beobachtete ein 19jähr. Mädchen, das seit 3 Jahren an *einseitiger renaler Hämaturie* litt. Das Blut kam aus der linken Niere; die rechte Niere lieferte einen schwach sauren, eiweisshaltigen Urin ohne pathologische Elemente. Tumor, Tuberkulose, Angiome, Stein u. s. w. waren auszuschliessen. Innere Medikation war ohne Erfolg geblieben. Die *Operation*, die aus *Dekapsulation* und *Nephrotomie* bestand, ergab die linke Niere ohne jede makroskopische Veränderung. Die Nierennaht wurde nicht gemacht. Nach 8 Tagen war der Urin blutfrei, nach 10 Tagen vollständig frei von Eiweiss. Die 3 Monate nach der Operation vorgenommene Urinseparation ergab auf beiden Seiten physiologischen Urin. Die Kr. hat in 14 Tagen 10 Pfund zugenommen. H. stellt folgende Sätze auf: 1) Die Nephritis gehört vor das Forum der Internen. 2) Ausnahmen sind die Massenblutungen, Koliken und Anurien auf nephritischer Basis. 3) In diesen Fällen ergiebt die Nephrotomie die günstigsten Resultate.

Illyéa (726) berichtet über einen 44jähr. Kr. mit einer seit Monaten bestehenden *essentiellen Nierenblutung*. Die operative Freilegung und Spaltung sowie die mikroskopische Untersuchung excidirter Stückchen ergaben normalen Befund. Am 3. Tage stand die Blutung und kehrte nicht wieder.

Schenek (755) beobachtete eine 46jähr. Frau mit *linkseitiger Hämaturie, für die sich eine Ursache nicht auffinden liess*. Lumbale *Freilegung* und *Incision* der Niere: keine Spur einer Abnormität, auch die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens ergab vollkommen normale Verhältnisse. Naht der Niere; vollkommene *Heilung; Aufhören der Blutungen*.

In einem Beitrage *zur Kenntniss der essentiellen Nierenblutungen* hebt Steinthal (761) hervor, dass bisher nur die beiden Fälle von Klemperer und Schede, in denen die anatomische Untersuchung der herausgeschnittenen Niere scheinbar keine Veränderungen ergeben hat, als Stütze für die Lehre von einer essentiellen Nierenblutung gelten konnten. Hierzu kommen dann noch aus letzter Zeit 2 Fälle von Casper und eine von St. mitgetheilte Beobachtung.

Sie betraf eine 22jähr., der Tuberkulose verdächtige Kr., die plötzlich schwere linkseitige Hämaturien bekam. Kein nachweisbarer Nierentumor; Blase normal; Freilegung und Probeincision der Niere; nichts Abnormes. Reposition der Niere; Bauchdeckennaht. 5 Tage später muss wegen heftiger Blutung aus der Niere die Nephrektomie vorgenommen werden. *Heilung;* die Kr. ist nach Jahr und Tag gesund. Die von v. Baumgarten vorgenommene mikroskopische Untersuchung der Niere ergab keinerlei pathologische Veränderungen.

Wulff (774) beobachtete eine Patientin mit schwerer rechtseitiger *Nierenblutung während der Gravidität*, ohne dass die Niere erkrankt war. Die Cystoskopie ergab eine normale Blase und normale linke Niere. Das Blut kam aus der rechten Uretermündung; zugleich bestand Prolaps des rechten Ureters. Bettruhe. Umschläge beseitigten die Blutung. Nach dem Partus war die Kr. wieder vollkommen gesund.

Eine von Taddei (767) mitgetheilte sehr interessante Beobachtung von *anscheinend essentieller Hämaturie* betraf eine sonst gesunde 23jähr. Frau. Die Blutung hatte sich zum ersten Male vor fast 2 Jahren gezeigt und war dann verschiedene Male in ausserordentlicher Reichlichkeit wiedergekehrt. Eine genaue Untersuchung ergab, dass das Blut nur aus der rechten Niere stammte; diese selbst war nicht zu tasten. Eine starke bimanuelle Tastung der rechten Nierengegend rief einen leichten Schmerz hervor. Da die Blutungen in unverminderter Stärke anhielten, die Kranke dabei immer mehr herunterkam, und da eine pathologisch-anatomische Diagnose nicht gestellt werden konnte, wurde die rechte Niere auf lumbalem Wege freigelegt; der äussere Anblick und die Tastung ergaben nichts Abnormes. Bei der explorativen Nephrotomie zeigte die Schleimhaut des Nierenbeckens eigenthümliche durchscheinende, graue Knötchen, die miliaren Tuberkelknötchen des Peritonaeums im Anfangstadium ähnelten. Es wurde eine primäre miliare Tuberkulose des Nierenbeckens angenommen und deshalb die Nephrektomie ausgeführt. Heilung; vollkommenes Verschwinden der Hämaturie. Die genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab, dass die *Hämorrhagie aus submukösen Lymphfollikeln der Nierenbeckenschleimhaut* erfolgt war. — Ein ganz ähnlicher Fall ist früher von Solieri und Zanellini beschrieben worden. Ob es sich in diesen Fällen um einen entzündlichen oder um einen lymphadenitischen Process handelt, ist nicht sicher. Jedenfalls beweist auch diese seltene Beobachtung, wie vorsichtig man mit der Diagnose einer „essentiellen" renalen Hämaturie sein muss.

XIV. Ureterenchirurgie.

780) Adler, Beitrag zur Kenntniss der primären Tumoren des Ureters. Mon.-Ber. f. Urol. X. 3. 1905.

781) Adrian, C., Ein neuer, operativ behandelter Fall von intermittirender cystischer Dilatation des vesikalen Ureterendes. Arch. f. klin. Chir. LXXVIII. 3. 1905.

782) Aksno, J., Ein Beitrag zur normalen u. pathologischen Physiologie des Ureters. Folia urolog. I. 3. 1907.

783) Allen, L. W., Gunshot wounds of the ureter. Amer. Journ. of med. Sc. CXXIX. 3. 1905.

784) Baldassari, Dell'uretero-cisto-neostomia con bottone riassorbi bile. Nuovo raccoglitore med. 6. 1904.

785) Baldassari, L., Dell'uretero-cisto-neostomia con bottone riassorbi bilo. Morgagni 37. 1904.

786) Barling, G., Intraperitoneal implantation of the ureters into the colon. Brit. med. Journ. Jan. 19. 1907.

787) Bartlett, W.. A simple method of removing stones from the lower ureter. Snrg., gynecol. a. obstetr. V. 3. 1907.

788) Bazy, Calcul de l'urotère. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris XXIX. p. 1148. 1904.

789) Beer, On the value of the indigo-carmin test as an aid in the diagnosis of partial and total ureteral occlusions. Ann. of Surg. Oct. 1906.

790) Bernasconi, F., et S. Colombino, Contribution à l'étude du traitement des blessures de l'urètère au cours des interventions chirurgicales. Ann. des Mal. des org. gén.-urin. XXIII. 6. 1905.

791) Bernaseoni et Colombino, Recherches experimentales sur la greffe d'un urètère, dans celui du côté opposé. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris Juillet 1905.

792) Blauel, C., Ueber subcutane Uretervorletzungen. Beitr. z. klin. Chir. L. 1. 1906.

793) Borchert, Andauerndor vollkommener Ureterverschluss. Deutsche med. Wchnschr. XXX. 45. Ver.-Beil. 1904.

794) Cabot, A. T., Observations on ureteral calculi. Boston med. a. surg. Journ. June 8. 1905.

795) Carli, A., Ueber die Harnleiterhernie. Arch. f. klin. Chir. LXXVI. 4. 1905.

796) Casper, L., Die verschiedenen Arten der Anurie, ihre Pathogenese u. Therapie. Ther. d. Gegenw. XLVIII. 10. 1907.

797) Casper, Die verschiedenen Arten der Anurie, ihre Pathogenese u. Therapie. Folia urolog. I. 6. 1908.

798) Chavannaz, G., Anurie par cysto-épithéliome des deux ovaires. Ovariotomie au troisième jour de l'anurie. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris XXIX. p. 1097. 1904.

799) Clairmont, P., Fünf Fälle von renaler Anurie. Centr.-Bl. f. Chir. XXXII. 51. 1905.

800) Clayton-Greene, W. H., Notes upon two renal cases. Lancet Dec. 17. 1904.

801) Clutton, H. H., Case of ureteral calculus causing retention. Transact. of the clin. Soc. of London XL. 1907.

802) Deaver, Ureteral calculus. Ann. of Surg. May 1906.

803) Drew, D., Three cases of stenosis of the ureter. Transact. of the clin. Soc. of London XXXVIII. p. 129. 1905.

804) Dudley, Ureterocystostomy for accidental wound of the ureter in vaginal hysterectomie. Ann. of Surg. 5. 1904.

805) Eichenhuch, Uretersteine. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 35. Ver.-Beil. 1906.

806) Fenwick, The value of the use of a shadowgraph ureteric bougie in the precise surgery of renal calculus. Brit. med. Journ. June 17. 1905.

807) Fiori, P., Calcolosi e restringimenti multipli dell'uretere: ureterotomia ed estesa uretero-eteroplastica. Arch. internat. de Chir. II. 3. 1905.

808) Fowler, The iliacal extraperitoneal operation for stone in the lower ureter in the male. Ann. of Surg. Dec. 1904.

809) Franz, Zur Chirurgie des Ureters. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. L. 3. 1904.

810) Friolet, H., Casuistischer Beitrag zur Ureterresektion mit consekutiver Ureterocystnnastomose. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXXV. 2. 1905.

811) Garovi, Contribnto alla chirurgia dell'uretere nella cura della fistola uretero-vaginalis. Gazz. med. di Ital. 8. 1904.

812) Gihhon, The combined intra- and extraperitoneal ureterolithotomy. Ann. of Surg. May 1906.

813) Göbell, R., Röntgenschatten gebende Ureterenkatheter. Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXIII. 3. 4. 1906.

814) Héresco, P., Latent vésical urétérite suppurée avec distension. Pyonéphrose droite. Taille hypogastrique. Néphro-urétérectomie totale. Guérison. Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris XXXI. p. 158. 1905.

815) Herhold, Subcutane Ureterenverletzung. Deutsche med. Wchnschr. XXX. 36. Ver.-Beil. 1904.

816) Herhold, Ein Fall von subcutaner Ureterverletzung; Heilung durch Niorenexstirpation. Arch. f. klin. Chir. LXXIV. 2. p. 454. 1904.

817) Herhold, Beiträge zur Nierenchirurgie. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXXIV. 7. 1905.

818) Hildebrandt, A., Nierenbecken- u. Ureterzerreissung mit nachfolgender paranephritischer Cyste. Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXVI. 5—6. 1907.

819) Jahr, R., Eine intraureteralo Methode zur Lösung eingeklemmter Harnleitersteine u. ihror Herausbeförderung per vias naturales. Münchn. med. Wchnschr. LIV. 24. 1907.

820) Israel, J., Ersatz beider Ureteren. Deutsche med. Wchnschr. XXX. 25. 1904.

821) Kelly, Two cases of stricture of the ureter; two cases of hydronephrotic renal pelvis successfully treated by plication. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Juni 1906.

822) Klese, B., Ein auf intravesikalom Wege durch das Operationscystoskop geheilter Fall einer Harnleitercyste. Arch. f. klin. Chir. LXXX. 1. 1906.

823) Klotz, W. C., Clinical studies in nreteric meatoscopy. Med. News Febr. 25. 1905.

824) König, F., Ueber intermittirende cystische Dilatation der vesikalen Ureterenden. Münchn. klin. Wchnschr. LI. 50. 1904.

825) Kümmell, Uretersteine. Münchn. med. Wchnschr. LI. 44. 1904.

826) Legneu. Du cathétérismo de l'nretère à travers la vessie ouverte. Presse med. Avril 10. 1907.

827) Legueu, A propos des néostomies urétérales. Soc. de Chir. de Paris Juillet 19. 1907.

828) Leguerre, Une observntion d'uretéro-néocystostomie. Gaz. des Höp. 147. 1903.

829) Leonnrd, Ch. L., 40 cases of nreteral calculus in which the Roentgen diagnosis was confirmed by the recovery of the calculus. Lancet June 17. 1905.

830) Lewis, B., Report of operative work in the ureter, through the authors catheterizing and operative cystoscopes. Amer. Journ. of Urol. 1905.

831) Lewis, B., Report on operative work in the ureter. Lancet-Clinic. March 4. 1905.

832) Lichtenauer, K., Zur Ureterenchirurgie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XIX. 1. 1904.

833) Loumaigne, Urétérites et pyélites. Revne franç. de Méd. et de Chir. 34. 1905.

834) Lüning, A., Beitrag zur Nieren- u. Ureterchirurgie. Beitr. z. klin. Chir. XLIX. p. 95. 1906.

835) Manewitch, Fnnny, Influence de diverses substances chimiques sur les contractions de l'uretère. Revue med. de la Suisse rom. XXVII. 8. 1907.

836) Meissner, Der Ureter als Inhalt eines Leistenbruches. Beitr. z. klin. Chir. LIV. 3. 1907.

837) Metcalf, W., and H. Safford, A case of carcinoma of the ureter induced by a calculus lodged in its juxtavesical portion. Amer. Journ. of med. Sc. Jan. 1905.

838) Meyer, Willy, Nephrotomy and ureterotomy for impacted ureteral calculus. New York a. Philad. med. Journ. Nov. 19. 1904.

839) Mensarrat, K. W., Ueber Strikturen des Ureters. Wien. med. Presse XLVI. 33. 1905.

840) Monsarrat, K. W., Constriction of the ureter. Brit. med. Journ. June 17. 1905.

841) Mysch, Eine Modifikation der Harnleitertransplantation nach *Mayall-Berglund-Borelius*. Chirurgia 125. 1907. — Centr.-Bl. f. Chir. XXXIV. 43. 1907.

842) Nicolaysen, J., Vier Fälle von Harnretention in der Niere wegen Ureterstenose. Norsk Mag. f. Lägevidensk. LXIV. 1904.

843) Parker, R., Large calculus of nreter, removed by snprapubic cystotomy. Brit. med. Journ. July 21. 1906.

844) Pnton, Peroy, Transplantation of the ureter into the bladdor for uretero-vaginal fistula. Brit. med. Journ. Jan. 19. 1907.

845) Phocas, Note sur la décapsulntion rénale dans la cirrhose hépatique commune. Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris XXXII. p. 6. 1906.

846) Popper, Ureteritis membranacea. Arch. f. Dermntol. n. Syph. XLVI. 1. 1898.

847) Portner, E., Ueber intermittirende cystische Erweiterung des vesikalen Ureterendes. Mon.-Ber. f. Urol. IX. 5. 1904.

848) Pozzi, S., Neues Vorfahren für die Nahtvereinigung der Enden des Harnleiters nach seiner völligen Durchschneidung (Invagination mit Entropium). Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 50. 1906.

849) Rautenberg, Folgen dos Ureterverschlusses. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 20. Ver.-Beil. 1906.

850) Rantenberg, E., Dio Folgen des zeitweiligen Ureterverschlusses. Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XVI. 3. 1906.

851) Reichmann, Ueber Schatten in Röntgennegativen, die Ureterstoine vertäuschen können. Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. IX. 4. 1906.

852) Robinson, B., The caliber of the ureter; the ureteral isthmuses, constrictions or sphincters. Amer. Pract. a. News Dec. 1. 1904.

853) Robiuson, B., The rectal segment of the nreter. New York med. Record April 9. 1904.

854) Robinson, ff. B., Extra-peritoneal uretero-lithotomy in a child aged three years. Transact. of the clin. Soc. of London XXXVfll. p. 101. 1905.

855) Rolundo, S., Contributo all ernia del uretere. Rif. med. XX. 21. 1905.

856) Sampson, Operations on the lower ends of the ureters by the inguinal extraperitoneal route undor local nnaesthesia (Cocain). Ann. of Surg. 2. 1905.

857) Schenk, Casuistik der flarnleitersteine. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 48. Vor.-Beil. 1906.

858) Schwartz, A propos de l'anastomose uréléro-rectale. Soc. de Chir. de Paris Juillet 17. 1907.

859) Sellei, J., Zur Palpation der Prostata, der Samenblasen und der vesikalen Endung der Ureteren. Ztschr. f. Urol. 1. 11. 1907.

860) Sharpe, Trans-uretero-ureteral anastomosis. Ann. of Surg. Dec. 1906.

861) Sheldon Amos, B., On the effect of ligature of one uretor. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. X. 3. 1905.

862) Similew, E., Su di un caso di uroteriti cistica. Policlinico 8. 1905.

863) Spencer, W.G., Cystic dilatation of the lower end of the ureter containing calculi, which became engaged intermittently in the urethra. Transact. of the clin. Soc. of London Xfl. 1907.

864) Stoeckel, W., Die intraperitonäalo fmplantation des Ureters in die Blase. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Lf. 3. 1904.

865) Tichoff, Ueber flarnleitereinpflanzung in den Mastdarm. Chirurgia 127. 1907. — Centr.-Bl. f. Chir. XXXV. 4. 1908.

866) Wassiljew, M. A., Zur Frage der Behandlung von Verletzungen u. Fisteln der Ureteren. Deutsche Ztschr. f. Chir. fXXXIX. 1—4. 1907.

867) Wildbolz, ff., Ueber doppelseitige cystenartige Erweiterung des vesikalen Ureterenendes. Mon.-Ber. f. Urol. IX. 4. 1904.

868) Witherspoon, T. C., An operation to reach the lower ureter hy an extraperitoneal route. New York a. Philad. med. Journ. 21. 1904.

869) Zondek, M., Zur Chirurgie der Ureteren. Klinische u. anatomische Untersuchungen. Berlin 1905. Aug. flirschwald.

In einer Monographie: *Zur Chirurgie der Ureteren,* die sich der Schrift über die Topographie der Niere und ihre Bedeutung für die Nierenchirurgie anschliesst, behandelt Zondek (869) zunächst die Anatomie des Harnleiters. Die normale Ureterlichtung wechselt zwischen $^1/_2$—$^3/_4$ cm und 2 mm. Die ampullenartigen Erweiterungen über den physiologisch engen Stellen sind die Lieblingsitze der Harnleitersteine.

Der Harnleiter lässt sich bei Frauen leicht tasten, indem man bei bimanueller Untersuchung den tuschirenden Finger von der Portio an von oben medial nach unten und lateralwärts gleiten lässt. Hierbei wird ein charakteristischer Druckschmerz ausgelöst.

Für die Funktion des Harnleiters kommt nicht die absolute, sondern die relative Grösse seiner Lichtung in Betracht. Pathologische Veränderungen, die seine Funktion hemmen, haben sekundäre Störungen in den central gelegenen Theilen, dem Nierenbecken und der Niere zur Folge. Der allmähliche Eintritt der zur Stenosirung führenden Verengerung dürfte weniger gefährlich sein, als der plötzliche Verschluss des Harnleiters, wie auch die Exstirpation einer im Verlaufe längerer Zeit zur Destruktion gekommenen Niere weniger zu befürchten giebt, als die Entfernung eines grösstentheils normal funktionirenden Organs, wobei die erhöhte funktionelle Inanspruchnahme der restirenden Niere nicht allmählich, sondern plötzlich erfolgt.

Die Funktionstörungen bei pathologisch verändertem Harnleiter sind abhängig von dem Grade seiner Verengerung, von ihrer Lokalisation und von ihrem zeitlich ersten Auftreten.

Die Topographie des Harnleiters ist von der Lage der Niere und derjenigen der Blase abhängig.

Duplicität des Nierenbeckens und Harnleiters wurde von Bostroem in 3%, von Poirier in 4% seiner Fälle gefunden. Diese Anomalie ist entwickelungsgeschichtlich so zu erklären, dass die physiologische Theilung des Harnleiters in den oberen und unteren Calyx major in einem zu frühen Stadium erfolgt ist. Sie hat praktisches chirurgisches Interesse. Ist nämlich der zu einem Harnleiter und Becken gehörige Nierentheil derart erkrankt, dass seine Exstirpation geboten ist, so fordert Vf. die Resektion nur dieses erkrankten Theiles und die Erhaltung des gesunden Theiles dieser Niere. Das Vorkommen einer Solitärniere mit doppeltem Harnleiter zeigt, dass der cystoskopische Nachweis zweier gesonderter Harnleiteröffnungen, auch wenn sich aus ihnen Harn entleert, noch keineswegs für das Vorhandensein zweier gesonderter Nieren beweisend ist.

Anomalien der Insertion des Harnleiters in die Blase oder auch in die Harnröhre bedingen entsprechende klinische Symptome.

Rautenberg (849. 850) hat auf Anregung von Lichtheim interessante *experimentelle Untersuchungen über die Folgen des zeitweiligen Ureterverschlusses* angestellt. Der zeitweilige Ureterverschluss führt beim Kaninchen zu einer Schädigung des Nierenparenchyms, die sich in zunehmender Atrophie äussert. Aus diesem Zustande der Atrophie erholt sich das Parenchym langsam und zeigt beträchtliche Regenerationserscheinungen. Das regenerirte Parenchym scheint nicht lebensfähig zu sein. In allen Stadien des Processes stellen sich regressive Veränderungen ein und ein definitiver Untergang des Parenchyms ist die Folge. Je nach der Dauer der vorangegangenen Harnstauung entsteht eine mehr oder weniger grosse funktionelle Schädigung der Niere, die sich in Albuminurie äussert. Wenn das Thier durch Herausnahme der gesunden Niere auf die alleinige Funktion des kranken Organs angewiesen wird, so stellt sich dabei entweder völlige Insufficienz der Niere, d. h. Anurie ein, oder die Niere übernimmt eine Zeit lang die Funktion, bis der vorschreitende anatomische Process nach längerer oder kürzerer Zeit ebenfalls zu ihrer Insufficienz und damit zum Tode des Thieres führt.

F. Manevitch (835) hat *experimentelle Untersuchungen* angestellt *über den Einfluss verschiedener chemischer Substanzen auf die automatischen Contraktionen des Ureters.* Das beste Mittel, um dauernde und sehr energische Contraktionen hervorzurufen, war das Rhone-Wasser mit Zusatz von 9‰ NaCl. Destillirtes Wasser mit Kochsalzzusatz

hatte nicht diesen Einfluss. Sehr energisch contraktionanregend wirkte das Baryumchlorid; aber die Wirkung war nicht von langer Dauer. Die Kalium-Natrium-Magnesium-Strontium-Lithiumsalze übten einen hemmenden Einfluss auf die Contraktionen aus.

Aksne (782) giebt einen *Beitrag zur normalen und pathologischen Physiologie des Ureters.*

„1) Der Ureter besitzt Eigenbewegungen, die auch an herausgeschnittenen Uretertheilen beobachtet werden können und auf automatischer Thätigkeit seiner Nervenzellen beruhen. Ausserdem ist jeder Uretertheil reflektorisch erregbar. 2) Durch Reizungen der Blasenschleimhaut lassen sich Uretercontraktionen nicht hervorrufen, was den anatomischen Thatsachen entspricht. 3) Die automatische Thätigkeit wird durch verschiedene Faktoren wesentlich modificirt. Als solche sind zu nennen: der N. splanchnicus major, das Centralnervensystem, der Sauerstoff- und Kohlensäuregehalt des Blutes, die Körpertemperatur, und hauptsächlich der Reflex, der durch Harneintritt in den Ureter ausgelöst wird und die Ureterthätigkeit in gewissem Grade der Nierenthätigkeit anpasst; aber auch Schwankungen des intraabdominalen Druckes, Pulsationen grosser Blutgefässe und Bewegungen harter Kothmassen in den Därmen kommen in Betracht. Somit braucht der Ureterausscheidungstypus durchaus nicht dem Nierenexkretionstypus zu entsprechen. 4) Nach Durchtrennung des Ureters beobachtet man an seinem Blasenstücke antiperistaltische Contraktionen, die sich in der Blase als Bewegungen der Uretermündung manifestiren. 5) Am Hunde-Ureter werden Querwunden in der Ausdehnung eines Drittels der Circumferenz von den peristaltischen Wellen niemals überschritten; dieselben zerren nur am Blasenende, wodurch Bewegungen der Uretermündung hervorgerufen werden. 6) Bei theilweiser Undurchgängigkeit des Ureters gelangen nur die wenigsten peristaltischen Wellen direkt bis zur Blase, die meisten werden an dem Hindernisse angehalten; gewöhnlich entspricht eine Contraktion des ganzen Ureters 2—3 Contraktionen seines oberen Abschnittes. Daraus resultirt ein charakteristischer Ausscheidungstypus: in grossen Zwischenpausen werden durch sehr energische Contraktionen des Ureters verhältnissmässig grosse Mengen Harn entleert. 7) Denselben Typus bedingen Atonien einzelner Ureterabschnitte, wozu schon Stücke von 1 cm Ausdehnung ausreichen. Die klinisch als Atonien des ganzen Ureters imponirenden Fälle sind pathologisch-physiologisch wohl meist Atonien gewisser Ureterabschnitte. 8) Bei Hydronephrose kann ein Zusammenfallen der Uretercontraktionen mit Athembewegungen beobachtet werden. 9) Bei beweglicher Niere wechseln Perioden von beschleunigter mit solchen von verlangsamter Ureterthätigkeit ab, was durch zeitweise Abknickungen des Ureters bei Lagewechsel der Kranken zu erklären ist. 10) Harnrückfluss aus der Blase in die Ureteren ist auch beim Menschen sicher beobachtet worden und beruht gewöhnlich auf pathologischen Veränderungen der Uretermündung."

Sampson (856) unterscheidet 2 Klassen von *Erkrankung des unteren Endes der Harnleiter:* 1) Fälle mit absoluter Insufficienz der Nieren; hier ist die Nephrotomie die Operation der Wahl. 2) Solche mit relativer Insufficienz; hier werden die erkrankten Harnleiter selbst angegriffen, resecirt, überpflanzt, Steine entfernt u. s. w. Da aber bei diesen Krankheiten die Nieren immerhin gelitten haben, und so der allgemeine Zustand der Kranken ein sehr geschwächter ist, empfiehlt S. statt des allgemeinen Anästheticum (Chloroform oder Aether) die lokale Anästhesie nach Schleich, wenn auch die Operationdauer verlängert wird. Um die unteren Enden der Harnleiter anzugreifen, wählt er stets den extraperitonäalen Weg, und zwar den intramuskulären Schnitt. Drei auf diese Weise ausgeführte Operationen liessen ihn erkennen, dass sie gar nicht so sehr schmerzhaft sind. Eigentlich waren nur schmerzhaft die Zerrungen am parietalen Bauchfelle, während Einschnitte und Nähte in den Harnleitern keine Schmerzen verursachten. Die Pat. erhalten vor der Operation Morphium subcutan; während der Operation wird das Gesicht bedeckt, werden die Ohren des Pat. mit Watte ausgestopft. Bei drei näher beschriebenen und auf die geschilderte Weise ausgeführten Operationen handelte es sich 2mal um Resektionen am Harnleiter und Einpflanzung in die Blase, 1mal um Harnleiterschnitt zur Entfernung eines Steines. Alle 3 Pat. überstanden die Operation gut und blieben geheilt.

Zur *Freilegung des unteren Harnleiterendes* empfiehlt Witherspoon (868) einen 4 Zoll langen Längsschnitt durch den unteren Theil des Rectus in seiner Mittellinie. Das Bauchfell lässt sich von hier aus lateralwärts und nach hinten bis zum Vas deferens relativ leicht abheben, und der Harnleiter kann so ohne grosse Schwierigkeit auf 3—4 Zoll sichtbar gemacht werden. Der Schnitt gestattet ferner, bei Eröffnung des Bauchfelles in der Schnittlinie den Harnleiter und die Nieren transperitonäal zu tasten. Er ist fast unblutig und ohne specielle Schulung auszuführen und disponirt nicht zu Hernienbildung. W. hält ihn für praktischer und ungefährlicher als alle älteren Operationen.

Beckett lenkt die Aufmerksamkeit noch einmal auf die Missdeutung von *Phlebolithen als Steinschatten des Harnleiters* im Röntgenbilde und erwähnt 2 ähnliche Fälle aus seiner Thätigkeit, in deren einem eine verkalkte tuberkulöse Drüse, in deren anderem verkalkte tuberkulöse Infiltrate als schattengebende Ursache durch die Operation aufgedeckt wurden.

Eine von Bazy (788) mitgetheilte Beobachtung illustrirt den *Werth der Skiagraphie auch bei Nieren- und Harnleitersteinen.* B. diagnosticirte bei einem Kr. einen Nierenstein, während das Röntgenbild einen Schatten an tieferer Stelle zeigte. Die Nephrotomie ergab Niere und Nierenbecken frei von Steinen; hingegen fühlte man einen solchen im oberen Ende des Harnleiters und vermochte ihn in das Nierenbecken hinauf zu drücken und von da zu extrahiren.

Jahr (819) beschreibt eine *intraureterale Methode zur Lösung eingeklemmter Harnleitersteine und ihrer Herausbeförderung per vias naturales.*

Ein an der Spitze mit einer aufblähbaren Gummihülse versehener modificirter Nitze'scher Harnleiterocclusivkatheter wird durch die Harnwege bis an den Stein herangeführt, sodann der Ballon durch Injektion von sterilem Wasser ausgedehnt und so zunächst das unmittelbar unter dem Steine befindliche Stück des Harnleiters erweitert. Bei reichlicher Injektion erstreckt sich die Erweiterung des Ballons und damit des Harnleiters ein beträchtliches Stück über die Spitze des Katheters hinaus und wirkt bis an die Einklemmungsstelle selbst. Sollte jetzt noch kein Urin abfliessen, weil zwischen dem Steine und dem aufgeblähten Ballon sich ein mehr oder weniger grosses Stück contrahirten Harnleiters befindet, so wird durch die Röhre in den Raum zwischen Ballon und Stein 2proc. Eucainlösung eingespritzt, dadurch der Harnleiter oberhalb des Ballons und schliesslich auch zwischen Harnleiterwandung und Stein ausgedehnt und letzterer durch Lösung der Einklemmung gelockert. Durch Injektion sterilen warmen Oeles und Dilatation der physiologisch engen Stellen des Harnleiters in gleicher Weise wird die Ausstossung des Steines erleichtert. Eine Schädigung des Harnleiters durch die Aufblähung des Ballons hält J. für ausgeschlossen. Er empfiehlt das Verfahren in allen Fällen von Harnleiterkolik, in denen sich die Ausstossung des Steines in die Blase über 24 Stunden hinaus verzögert. In schweren Fällen von grossen Steinen, deren Lösung auf diese Weise nicht gelingt, werden alsdann operative Eingriffe in Betracht kommen.

Göhell (813) hat *Röntgenschatten gebende Ureterenkatheter* construirt. Wir können die Methode Juffier's, durch Röntgenphotographie des sondirten Ureters, dessen Verlauf auf der Platte sichtbar zu machen, nicht missen, nur schonender müssen wir sie gestalten. Das ist möglich, wenn man die Ureterenkatheter selbst für Röntgenstrahlen undurchgängig macht. Letzteres erreicht man dadurch, dass man dem bei der Herstellung der Ureterenkatheter verwendeten Lack Mennige oder Zinnober (Vermillon) zusetzen lässt. Jeder 2. Centimetor ist schwarz lackirt. So kommt eine auch im Cystoskop gut sichtbare Centimetereintheilung zu Stande.

Fenwick (806) beweist an 3 lehrreichen Fällen den grossen Werth von *schattengebenden Harnleitersonden*, sobald das Röntgenbild auch nur leise Zweifel erlaubt an der Lage und Oertlichkeit eines als Nieren- oder Harnleiterstein gedeuteten Schattens. In allen 3 Fällen waren ihm die Pat. gebracht worden mit der auf Grund von Röntgenaufnahmen gestellten Diagnose Harnleiterstein. F. bestätigte seinen Zweifel an der Richtigkeit der Schattendeutung als Stein im Harnleiter durch eine Röntgenaufnahme nach Einführung von Harnleiterkathetern mit Bleimandrin. Die Lage des Sondenschattens bewies unzweideutig, dass die als Harnleitersteine gedeuteten Schatten unmöglich dem Harnleiter angehören konnten. Die Operation erwies als Ursache für den Schatten einmal eine Verkalkung an der Theilungsstelle der Bauchaorta, in den beiden anderen Fällen verkalkte Mesenterialdrüsen.

Bartlett (787) beschreibt folgende *einfache Operation für Steine im Ureter.*

„Der Längsschnitt durch die Bauchwand wird, nach Mackenrodt, am Aussenrande des Rectus angelegt. Der Schnitt durchtrennt die Bauchwand bis zum Peritonaeum, welches ohne Eröffnung stumpf nach der Mittellinie zu verschoben wird. Die Technik ist dieselbe, wie sie in dem Atlas von Tandler und Halban: „Die Topographie des weiblichen Ureters", so vorzüglich abgebildet und beschrieben ist. Nur habe ich es noch nie für nöthig gefunden, das Wundgebiet mit Seitenhebeln freizulegen. Der Ureter haftet so fest am Peritonaeum, und die Verbindung zwischen dem letzteren und der Fascia transversalis ist so locker, dass man den Ureter ohne Weiteres in die Wundöffnung ziehen kann, wenn man nur die stumpf vordringende Hand andauernd mit dem Peritonaeum in Verbindung lässt. Es leuchtet ein, dass man bei solchem stumpfen Präpariren mit einer viel kleineren Schnittwunde auskommt.

Mit dem Ureter zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand kann man nun ohne Schwierigkeit den Ureter in seinem ganzen Verlauf durch das Becken verfolgen und den Stein palpiren. Einer meiner Pat. war so fett, dass ich während der ganzen Operation den Ureter im Grunde der tiefen Wunde überhaupt nicht zu Gesicht bekam, und ich möchte betonen, dass man sehr gut ohne Besichtigung des Operationsfeldes auskommt.

Sobald der Stein gefunden ist, wird er durch die beiden Finger festgehalten. Die Ureterwand wird dadurch stark gespannt, und es genügt nun, mit der Spitze eines scharfen Messers eine winzige Oeffnung in den Ureter zu stechen. Es ist überraschend, mit welcher Leichtigkeit der Stein die elastische Wandung des Ureters ausdehnt und aus dem kleinen Loch zwischen die seiner harrenden Finger hineinschlüpft. Es bedarf also weder der rechten Hand, noch irgendwelcher Instrumente, um den Stein aus der Wunde zu entfernen. In drei Fällen gelang mir diese Procedur in weniger als 10 Minuten, im vierten machte die Auffindung eines sehr kleinen Conkrementes einige Schwierigkeit.

Das kleine Loch im Ureter wird nicht vernäht; es wäre auch schwierig, die winzige Oeffnung wiederzufinden. Ein dünner Gummidrain wird von der Nachbarschaft des Ureters zum unteren Wundwinkel herausgeleitet und der Rest der Bauchwunde geschlossen.

Der Grösse nach variirten die Steine von einem gewöhnlichen Schrotkorn bis zu etwa einer kleinen Haselnuss. In keinem der vier Fälle war ein urinöser Geruch am Verbande zu entdecken. Das Drain wurde am 5. bis 6. Tage entfernt, der Heilungsprocess ging glatt von Statten, und die vier Pat., verliessen das Hospital in bester Gesundheit innerhalb zweier Wochen nach der Operation."

Borchert (793) behandelte eine 65jähr., schwer herzleidende Kr. an *Steineinklemmung im Ureter.* Seit 48 Stunden im Anschlusse an einen Kolikanfall Anurie. *Ureterenkatheterisation.* Rechts: 5 cm über dem Ostium vesicale festes, nicht zu überwindendes Hinderniss. Links konnte der Katheter bis in das Nierenbecken gebracht werden; es entleerte sich dann etwas bluthaltiger, sehr cylinderreicher Harn. Zunehmende Herzschwäche; 10 Tage später *Tod.* Die *Sektion* ergab einen obturirenden Stein im rechten Ureter; auch im linken Nierenbecken fanden sich Steine, so dass die Annahme wohl berechtigt ist, dass auch der linke Ureter an seinem Ostium pelvicum durch einen nur locker vorliegenden Stein verschlossen war. „Wäre die Herzerkrankung nicht soweit vorgeschritten gewesen, hätte man hoffen dürfen, durch den Ureterkatheterismus einen lebensrettenden Erfolg zu erzielen."

Casper (796. 797) berichtet über 5 Fälle von *Anurie*, von denen jeder eine andere Ursache aufweist:

1) *Eine Anurie bei einem Neugeborenen.* Das 2 Tage alte Kind hatte noch keinen Harn gelassen. Es bestand eine angeborene Phimose mit sehr engem Orificium externum. Incision der Phimose und des Orificium externum, Katheterismus. Die Blase war fast leer, doch stellte sich wenige Stunden später reichliche Harnsekretion ein. Der Fall ist als typische *Reflexanurie* anzusehen.

2) *Eine 5tägige Anurie bei schwerer chronischer Nephritis.* Bei dem seit 2 Jahren nierenkranken Pat. bestand seit 4 Tagen Anurie. Durch die übliche Therapie (Schwitzen, Diuretica, Aderlass, Kochsalzinfusion) konnte keine Harnsekretion hervorgerufen werden. C. nahm daher die doppelseitige Dekapsulation der Nieren nach Edebohls vor. Am nächsten Tage zeigte sich schon die Harnsekretion, und es trat rasche Besserung des Allgemeinbefindens ein. Der Kr. erfreut sich jetzt, 1¾ Jahre nach der Operation, eines leidlichen Wohlbefindens.

3) *Anurie nach einer wegen Nierentuberkulose ausgeführten Nephrektomie.* Dieser Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass, obwohl nach der Operation eine 9tägige Anurie bestand, erst am 8. Tage, dem Tage vor dem Tode sich Störungen des Allgemeinbefindens und Zeichen von Urämie bemerkbar machten.

4) *Mehrtägige Anurie bei einem einseitigen Uretersteine.* Der Kr. wurde mit der Diagnose Perityphlitis aufgenommen. Die Anurie trat plötzlich ein. Beim Ureterenkatheterismus stiess der Katheter im linken Ureter auf Widerstand. Durch Einspritzung sterilen Wassers in das rechte Nierenbecken wurde die Anurie mit einem Schlage behoben.

5) *Anurie von typisch hysterischem Charakter.* Es handelte sich um eine 41jähr. Pat., bei der mehrere Male Tage lang dauernde Anurie eintrat. Bei einem solchen Anfalle, der durch 10 Tage dauerte, trat die Harnsekretion erst nach doppelseitigem Ureterenkatheterismus wieder ein.

P. Clairmont (799) theilt aus der v. Eiselsberg'schen Klinik 5 Fälle von *renaler Anurie* mit, von denen drei als Fälle reflektorischer Anurie aufzufassen waren; 1mal kam die Anurie in Folge chronischer parenchymatöser Nephritis zu Stande, 1mal durch Stieldrehung einer Wanderniere bei cystischer Degeneration der anderen Niere.

2 Fällen von reflektorischer Anurie waren die folgenden Momente gemeinsam: Sistiren der Harnsekretion nach Steineinklemmung in dem einen Ureter trotz nachgewiesenen Vorhandenseins von 2 funktionfähigen Nieren; Schädigung beider Nieren durch parenchymatöse Degeneration.

In dem 3. Falle konnte die Ursache für das Auftreten der Anurie nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Nach der Anamnese und dem klinischen Bilde dürfte auch hier Steinbildung vorgelegen haben. Die Anurie war als reflektorische aufzufassen, weil nach der Heilung durch Nephrotomie cystoskopisch das Ablaufen der peristaltischen Welle an beiden Ureterwülsten und das Vorhandensein der zweiten Niere im Röntgenbilde nachgewiesen werden konnten.

Aus diesen Fällen sind folgende Schlüsse zu ziehen: Es giebt eine reflektorische Anurie; sie wird ausgelöst durch eine mit heftigen Schmerzen und Sekretionhemmung einhergehende Erkrankung der einen Niere. Bedingung für das Auftreten ist ein Reizzustand der anderen Niere. Er ist durch Veränderungen des Parenchyms (parenchymatöse Degeneration oder Nephritis) gegeben, die die Niere empfindlicher machen, ohne ihre Funktion wesentlich zu beeinträchtigen.

Deaver (802) empfiehlt *bei Frauen zum Entfernen des dicht an der Blase sitzenden Harnleitersteines* den intravesikalen Weg mit Erweiterung der Harnröhre bis zum Durchlassen eines Fingers. Durch letzteren oder durch eine eingeführte Zange kann dann nach eventueller Incision der vesikalen Harnleitermündung der Stein entfernt werden. Den vaginalen oder perinäalen Schnitt zum Entfernen tiefsitzender Harnleitersteine verwirft D., da er zur Fistelbildung Veranlassung giebt. Wenn der Stein mehr als 1 Zoll von der Blasenwand nach oben entfernt liegt, so kommt nur der extraperitonäale Lendenschnitt in Frage; der Stein soll dann entweder nach oben in die Niere oder mit dem Finger in die Blase herabgeschoben und erst, wenn das nicht gelingt, der Harnleiter zum Entfernen des Steines geöffnet werden. Das Zerdrücken des Steines im geschlossenen Harnleiter wird verworfen.

Drew (803) berichtet über 3 Fälle von *operativ behandelter Ureterenstenose*, die zu Hydro-, bez. Pyonephrose geführt hatte. In den beiden Fällen von Hydronephrose wurde durch *Ureteropyeloplastik* Heilung erzielt; in dem Falle von Pyonephrose in Folge von Uretersteinen wurden zunächst die Nephrotomie und Extraktion der Steine vorgenommen; später musste die sekundäre Nephrektomie ausgeführt werden.

Dukes (561) theilt einen Fall von 9tägiger *absoluter Harnverhaltung* bei einer 43jähr. Frau mit, die, abgesehen von diffusen Bauchschmerzen und (anfänglich nur geringen) Temperatursteigerungen sehr wenig schwere Erscheinungen darbot. Die Blase war stets während der ganzen Zeit völlig leer. Als schliesslich die Temperatur auf 108° F. heraufging, nach D. ein Zeichen beginnender Urämie, wurde sofort zur Operation geschritten. Bei der Orientirungslaparotomie in der Linea alba, unterhalb des Nabels, zeigte sich die rechte Niere gegenüber der ebenfalls ziemlich grossen linken etwas mehr vergrössert. Die Nierenhecken waren nicht ausgedehnt, die Harnleiter von normaler Beschaffenheit. Darauf Schluss der Laparotomiewunde und Eröffnung der rechten Niere von einem Lendenschnitte aus. Es fand sich *ein den Harnleiter verschliessender Stein*, dessen Entfernung indessen erst nach 14 Tagen gelang. Die Urinsekretion aus der Nephrotomiewunde setzte nach der Operation sofort ein, die Pat. genas. Das absolute Versiegen der Urinsekretion beruhte nach D. auf nervöser reflektorischer Basis.

Eichenbach (805) beschreibt *2 abnorm grosse Uretersteine*, die operativ entfernt wurden. Der erste, über pflaumengrosse Stein lag bei einer Kr. zum grössten Theile im Ureter, zum kleineren Theile in der Blase. Entfernung durch *Sectio alta; Heilung.*

Der zweite Stein stammte ebenfalls von einer Frau, die von Seiten der Nieren niemals Erscheinungen geboten hatte. Neben dem Uterus fühlte man einen harten Knoten, der für ein Carcinoma ovarii gehalten wurde. *Laparotomie.* Der Tumor entpuppte sich als ein circa kleinhühnereigrosser Stein, etwa 5—6 cm von der Einmündung in die Blase, im Ureter steckend. Der Ureter stellte einen kinderarmdicken Sack vor. Spaltung des Ureters, Extraktion des Steines, Naht des Ureters. Schluss der Bauchwunde. Lumbale Entfernung der entsprechenden, vollkommen obliterirten Niere. *Heilung.*

Fiori (807) theilt eine interessante Beobachtung mit von *multiplen Steinen und Schrumpfungen des rechten Ureters; Resektion und Wiederherstellung.* Es gelang F. 16 cm des Ureters wiederherzustellen oder vielmehr beinahe vollständig einen neuen Weg zwischen Niere und Blase zu schaffen, und zwar bei einer 21jähr. Frau, die seit 14 Jahren an Steinbildung und multiplen Harnleiterstrikturen rechterseits erkrankt war. Die Operation bestand darin, dass F. um eine dicke Sonde herum (Nr. 30 nach Charrière) einen künstlichen Kanal anlegte, dessen Wandungen theils aus einem Abschnitte der Bindegewebelage bestanden, die die Duplikatur des Peritonaeum in der Höhe des Beckenabschnittes des Ureters bildet, theils aus jenem Theile der Bindegewebelage, die zwischen Ureter und Psoas gelegen ist. Die Operation wurde mittels ausgiebiger lumbo-iliacaler Incision vorgenommen. Der Erfolg war ausgezeichnet; die Lumbalfistel schloss sich nach 38 Tagen. Die Gangbarkeit des neuen Weges konnte mit Hülfe des Harnleiterkatheterismus nachgewiesen werden; Urin auf der operativen Seite beinahe normal.

Fowler (808) berichtet über 2 Fälle, in denen durch Harnleitersondirung und das Röntgenbild festgestellt wurde, dass ein *Stein im unteren Ende des Harnleiters* sass. Die klinischen Symptome hatten mehr auf das Vorhandensein eines Blasensteines hingewiesen. Hiernach scheint es, als ob derartige tiefsitzende Harnleitersteine Blasensteine vortäuschen könnten. Durch iliacalen Schnitt wurde der Harnleiter freigelegt, oberhalb und unterhalb des Steines ein Faden durch ihn gelegt, der nach Einschnitt und Entfernen des Steines angezogen und so zur Naht benutzt wurde. Heilung in beiden Fällen. F. hält die iliacale extraperitonäale Methode für die beste.

Gihhon (812) fand *bei Wurmfortsatzoperationen* 2mal einen *Stein im Harnleiter.* Er verlängerte den ersten Schnitt nur durch die Bauchdecken, stroifte das Bauchfell zurück und entfernte unter Führung eines durch den ursprünglichen Schnitt in die Bauchhöhle eingeführten Fingers den Stein extraperitonäal durch Eröffnung des Harnleiters. Er räth für den Fall, dass gelegentlich einer anderen Operation ein Harnleiterstein gefühlt wird, in der

geschilderten Weise denselben Schnitt zu benutzen, nicht einen neuen Lumbalschnitt anzulegen.

Kijewski (580) führte die Nephrectomia dextra bei einem Pat. aus, und zwar auf Grund einer Reihe schwerer Nierenkolikanfälle und wiederholter cystoskopischer Untersuchung, die eine rechtseitige Erkrankung ergeben hatte. Bei der Operation zeigten sich zunächst weder ein Stein, noch sonst augenfällige Veränderungen an der Niere; trotzdem wurde die Nephrektomie ausgeführt, und im Verlaufe der Operation fand man die Ursache der Krankheit in *2 Steinen, die sich im Anfangstheile des Ureters befanden.* Da es trotzdem nicht zur Hydronephrose gekommen ist, nimmt K. an, dass unter gewissen Umständen zeitweilig doch Harn neben den Steinen abgeflossen sein muss. 11 Tage nach der Operation kam es zur Verstopfung des linken Ureters durch Gries und Blutgerinnsel, die zu vollständiger Anurie und urämischen Erscheinungen führte. In Folge dessen wurde die linkseitige Nephrotomie ausgeführt, die dem Pat. das Leben rettete, so dass er sogar nach seiner Heilung seiner Militärpflicht genügte.

K. bespricht hierauf die Indikation für Nephrektomie und Nephrotomie und räth, zunächst möglichst den Versuch zu machen, falls die 2. Niere funktionfähig ist, den Kr. mit dem kleineren Eingriffe, d. h. der Nephrotomie, zu heilen, da hierbei an die andere Niere ungleich geringere Anforderungen gestellt und etwa von dieser Seite drohende Complikationen vermieden werden; im Gegensatze hierzu führt er die Ansicht Rosinski's an, der meist für die Nephrektomie ist, da es doch oft nicht gelingen wird, alle Steine zu entfernen, und es in Folge dessen leicht zu Recidiven kommen wird. K. giebt dann noch eine Literaturübersicht der von polnischen und anderen Chirurgen ausgeführten Nierenoperationen und führt einige dem seinen analoge Fälle von Nephrektomie mit nachfolgender Nephrotomie, sowie Thierexperimente an. Zum Schlusse räth er auf Grund der günstigen Erfahrungen in seinem Falle zur Einlegung eines Drainrohrs und zunächst Ableitung des Harns nach aussen.

Kümmell (825) hat bei 5 Kr. *Uretersteine röntgographisch* nachweisen können und auf operativem Wege (Ureterenincision und Naht) entfernt.

Monsarrat (839. 840) bringt 3 interessante Fälle von *Harnleiterverschluss:* 1) Ein Mädchen von 20 Jahren litt seit 20 Monaten an heftigen Schmerzanfällen in der rechten Seite, die lange Zeit als Appendicitis angesehen wurden und alle 8 Wochen etwa auftraten. Der Harnleiterkatheterismus mittels Dilatation der Harnröhre und Einführung des Speculum von Kelly ergab ein Hinderniss im rechten Harnleiter, einige Centimeter über der Mündung. Die transperitonäale Ureterotomie ergab die gleiche Unwegsamkeit auch von oben her. Schluss der Wunde und Dilatation der Striktur einen Monat später von der Blase aus mit vollem Erfolge. Später noch 1mal Laparotomie wegen Netzverwachsungen.

2) Bei einem 21jähr. Mädchen traten 3 Tage nach einem Fall auf die linke Seite die Zeichen einer Hydronephrose auf. Entleerung des erweiterten Nierenbeckens bei der Operation. Der Harnleiter mündete ungefähr 7 cm über dem tiefsten Punkte des Nierenbeckens und war auf der Hälfte dieser Ausdehnung plattgedrückt gegen die Wand des Beckens. Spaltung der Wand des Harnleiters und des Beckens von innen aus bis zum tiefsten Punkte und Anlegung einer Naht, so dass eine breite Verbindung zwischen Harnleiter und Becken bestehen blieb: Mynter's Operation. Voller Erfolg.

3) Akute Pyelitis bei einem 21jähr. Manne, als deren Ursache eine sehr enge Striktur beim Eintritte vom Harnleiter in das Becken nachgewiesen wurde. Kein Stein. Erweiterung stumpf mit einer Zange vom Becken aus mit vollem Erfolge. Der Fall kann als Beispiel gelten für die Lehre, dass manche Pyelitis mit dunkler Ursache hervorgerufen wird durch eine einfache Urinstauung bei mechanischem Hindernisse, da die Nieren auch bei scheinbarer Gesundheit des Körpers ein bakterienausscheidendes Organ sind.

Im Anschlusse an diese 3 Fälle bespricht M. kurz noch 30 andere aus der Literatur, in denen wegen Striktur des Harnleiters eingegriffen wurde. Von Operationen kommen nach ihm in Betracht ausser der Nephrektomie die oben in einem 2. Falle beschriebene Plastik von Mynter, die von Fenger, der nach Art der Pyloroplastik eine Längsincision quer vernäht, und die Küstor'sche Operation, bei der der unterhalb der Striktur durchschnittene Harnleiter in den abhängigsten Theil des Nierenbeckens eingepflanzt wird.

Nicolaysen (842) theilt 4 Fälle *von Harnretention in der Niere wegen Ureterstenose* mit.

Im ersten Falle lag die Striktur am Eintritt in die Blase und war durch eine narbige Schrumpfung bedingt an der Stelle der Einpflanzung des linken Harnleiters in die Blase. (Bei einer vorherigen Operation wegen Myomata uteri wurde der Uterus total exstirpirt; andauernde Schmerzen indicirten eine parasakrale Operation, wobei der linke Harnleiter durchtrennt wurde; er wurde dann später in die Blase eingepflanzt und heilte ein.) Die renale Retention rief intermittirende sehr schmerzhafte Anfälle hervor, abwechselnd in der rechten und linken Seite. Vergebens versuchte N. den Harnleiter zu dehnen, sowohl von der Blase als von einer inzwischen angelegten Nephrotomiewunde aus; schliesslich kam es zur Nephrektomie. Die Niere war bis zu halber Grösse verkleinert, das Nierenbecken etwas vergrössert.

Im 2. Falle handelte es sich um eine rechtseitige infektiöse akute Pyelonephritis. Bei der Operation fand man eine massige Erweiterung des Nierenbeckens, das Steine von kohlensaurem Kalk enthielt und mit einer Eitermembran bekleidet war. Die ringförmige Striktur sass am Uebergange des Nierenbeckens in den Harnleiter, dessen Lichtung völlig verlegt war. Nephrotomie, 4wöchige Dehnung der Striktur von der Nierenwunde aus, Heilung; seit 2 Jahren kein Eiweiss, nur einige Leukocyten im Urin.

Die beiden letzten Fälle sind rechtseitige Hydronephrosen im Anfangstadium. Der eine zeigte eine intermittirende Entwickelung. Bei der Operation fand man eine vollständige Striktur in dem obersten Centimeter des Harnleiters. Pat. wurde durch eine Uretero-pyeloneostomie nach Küster dauernd geheilt. — In diesem Falle fand N. vor der Operation rothe und weisse Blutkörperchen im Harne der nicht stenosirten Seite, eine Nephritis, die N. durch die Wirkung von Nephrotexinen erklären will, herrührend aus der stenosierten Niere. 7 Monate nach der Operation war der Harn der nicht stenosirten Seite klar, der der hydronephrotischen enthielt noch Cylinder und Eiweiss.

Im letzten Falle handelte es sich um eine intermittirende Hydronephrose. Die Operation wurde unmittelbar nach einem Anfalle mit Polyurie gemacht. Etwa 20g Residualurin traf man im Nierenbecken. Die Retention war durch eine eben solche cirkulare fibröse Striktur verursacht wie im 3. Falle, und zwar an derselben Stelle. Der Harnleiter war um die Hälfte seiner Lichtung verengt. Uretero-pyeloplastik. Heilung.

In einer Mittheilung *„zur Casuistik der Harnleitersteine"* berichtet Schenk (857) über einen Fall, in dem die rechte Uretermündung durch ein in die Blase kegelförmig vorspringendes Conkrement vollkommen verlegt war. Die Kr., bei der 1896 nach linkseitigen Nierenschmerzen ein Stein durch die Urethra abgegangen war, war 2 Tage vorher mit Erbrechen und Schmerzen erkrankt; es bestand Anurie. Der Stein wurde nach Eintritt einer durch harntreibende Mittel erzielten Diurese ausgestossen. Bei der 48 Stunden später vorgenommenen Cystoskopie liess sich feststellen, dass die rechte Ureter-

mundung nunmehr ganz frei war und die rechte Niere normal funktionirte.

Auf Grund eines längere Zeit hindurch sehr genau beobachteten Falles bespricht Zabel (631) die *Diagnose, Prophylaxe und endovesikale Therapie incarcerirter Uretersteine.* Namentlich beweist auch sein Fall die Möglichkeit der erfolgreichen Entfernung eingeklemmter Harnleitersteine per vias naturales mittels des Ureterocystoskops und den werthvollen Vortheil dieser intravesikalen Therapie gegenüber der blutigen Freilegung.

In einer Arbeit über *subkutane Ureterverletzungen* theilt Blauel (792) eine Beobachtung aus der Tübinger chirurgischen Klinik mit und stellt im Anschluss hieran noch 11 Fälle aus der Literatur zusammen, die auch bei angelegtem strengsten Maassstabe als sichere subcutane Ureterverletzungen angesehen werden müssen. Ausgeschlossen wurden Harnleiterschädigungen im Anschluss an den Geburtverlauf. *Aetiologisch* kann man unterscheiden: 1) *Verletzung des Ureters durch Druckwirkung.* Hierher gehören die Fälle, in denen der Ureter durch eine die Bauchwand von vorn oder von der Seite her treffende Gewalt gegen seine Unterlage gepresst und an der Stelle der Gewalteinwirkung zerquetscht wird (6 Beobachtungen). 2) *Verletzung des Ureters durch hydraulische Pressung* (Fall von Hildebrand). 3) *Verletzung des Ureters durch Zugwirkung.* Der Ureter wird, da sein Blasenende Verlagerungen nicht ausgesetzt ist, nur dadurch eine Zerrung erleiden können, dass die Niere einen Lagenwechsel eingeht (3 Fälle). 4) *Verletzungen des Ureters mit unbestimmtem Entstehungsmechanismus* (2 Fälle). Unter 11 Fällen fand sich die Verletzung 7mal oberhalb der Mitte des Ureters, 3mal nahe der Mitte, 1mal am unteren Ende. Vollständige Continuitättrennungen fanden sich 4mal, unvollständige 7mal. Unter den Fällen von vollständiger Continuitättrennung ist besonders der Fall von Dorange mit doppelseitiger Zerquetschung des Ureters bemerkenswerth. Nächst Sitz und Beschaffenheit der Ureterwunde selbst ist von grösstem Interesse und praktischer Bedeutung das Verhalten anderer Bauchorgane, vor allem des Peritonaeum, der Niere und des Darmtractus: 3mal war das Peritonaeum verletzt (3 Todesfälle); 3mal fanden sich schwere Contusionen und Rupturen der einen oder auch beider Nieren. Als unmittelbare und Spätfolgen fanden sich *traumatische Pseudohydronephrosen* und *echte Hydronephrosen.* Die *Symptome einer frischen Ureterverletzung* bieten wenig Charakteristisches. Als werthvolles Symptom, das die Aufmerksamkeit auf eine Verletzung des Ureters lenken kann, sind Aenderungen in Qualität und Quantität des Urins zu betrachten: Hämaturie, Oligurie, Anurie. Hierzu kommen Urininfiltrationen, Pseudohydronephrose und Hydronephrose.

Eine frische subcutane Ureterverletzung auf Grund eines oder mehrerer der oben genannten Symptome mit einiger Sicherheit zu *diagnosticiren,* muss als unmöglich bezeichnet werden. Es liegt dieses daran, dass keine der Erscheinungen einer frischen Harnleiterverletzung genügend charakteristisch für eine solche sind, vielmehr eben so gut im Gefolge einer Nieren- wie einer Blasenschädigung auftreten können. Sie sind also Symptome einer Verletzung des Harntractus überhaupt. Auch frische Urinergüsse lassen zunächst nur darauf schliessen, dass an irgend einer Stelle der Harnwege eine Verletzung eingetreten ist. Nur 2mal gelang es durch die Anwendung des *Cystoskops,* als die wahre Ursache der Urinansammlungen eine Ureterverletzung richtig zu erkennen, und zwar unter Berücksichtigung von Anamnese und dem übrigen objektiven Befunde. Bl. zweifelt nicht daran, dass wir ganz allgemein das *Cystoskop* als das einzige sichere Hülfsmittel zur Erkennung einer subcutanen Ureterverletzung bezeichnen können. Ob nun der einfachen Cystoskopie, der Chromocystoskopie, der Durchgängigkeitprüfung des Ureters für Urin durch den Katheter oder der Sondirung des Harnleiters der Vorzug zu geben ist, muss von Fall zu Fall entschieden werden. Im Allgemeinen wird die *Sondirung* sicherere Resultate geben. Für besonders aussichtsvoll möchte Bl. die *Ureteruntersuchung mit plombirtem Katheter in Verbindung mit einer Röntgenuntersuchung* nach dem Vorschlage von Löwenhardt halten. Die *Prognose* der subcutanen Ureterenverletzungen ist quoad vitam sehr zweifelhaft: von 12 Verletzten starben 7. Mit *einer* Ausnahme trat der tödtliche Ausgang sehr bald, wenige Stunden oder Tage nach der Verletzung ein. Unter den übrigen Fällen befindet sich keine Spontanheilung, es gelang auch nicht ein einziges Mal, durch conservative Maassnahmen zum Ziele zu kommen. Vielmehr mussten die Verletzten schliesslich durchweg ihre Gesundheit mit dem Verluste der zu dem verletzten Ureter gehörenden Niere bezahlen. Dass es unter Umständen gelingen wird, eine *frische Ureterverletzung durch Naht oder durch Plastik* zu heilen, kann nicht bezweifelt werden. Natürlich kommt die primäre Wiederherstellung der Continuität des Harnleiters nur bei isolirten subcutanen Ureterverletzungen in Frage.

Baldassari (785) bedient sich für die *Anastomose zwischen Harnleiter und Blase* eines sehr dünnen Magnesiumröhrchens von 1 cm Länge und 1—2 mm Durchmesser, das an einem Ende eine Scheibe von 1 cm Durchmesser trägt. B. experimentirte an Hunden, denen die Blase intraperitoneal eröffnet wurde. Das mit Scheibe versehene Ende wurde in die Blase eingenäht, während das für Stichkanäle durchlöcherte cylindrische Ende in den resecirten Harnleiter eingenäht wurde. Die Hunde zeigten keinerlei Miktionstörungen, und nach 14 Tagen war das Magnesiumstück bereits gänzlich verschwunden. Nur zuweilen fand sich eine leichte Erweiterung des Harnleiters und des Nierenbeckens mit Verdickung der Wand des letzteren, wenn die Lichtung des Röhrchens besonders klein (1 mm) gewesen war.

Bernaseoni und Colombino (790) besprechen die *Harnleiterverletzungen* gelegentlich chir-

urgischer Eingriffe. Wird gelegentlich einer Operation der eine Harnleiter verletzt, so kann man, je nach dem Sitze, der Art und der Ausdehnung der Verletzung, auf verschiedene Weise Abhülfe schaffen. Wenn die Verletzung einige Centimeter von der Blase entfernt sitzt, so kann man den Harnleiter bequem um 3—4 cm verkürzen und das centrale Ende dann in die Blase einpflanzen. Sitzt die Verletzung höher, im iliacalen oder lumbalen Theile des Harnleiters, so kommen zwei Möglichkeiten in Frage: a) Einfache Verletzung des Harnleiters ohne oder mit ganz geringem Substanzverlust. Hier macht man entweder die termino-terminale Anastomose nach Poggi, oder die termino-laterale Anastomose nach van Hoeck, oder endlich, wenn es möglich ist, als Operation der Wahl die von Menari empfohlene latero-laterale Anastomose. b) Verletzung mit Substanzverlust, der eine Anpassung der beiden Harnleiterenden unmöglich macht. In diesen Fällen konnte man sich bisher nicht anders helfen, als dass man das centrale Harnleiterende in die Bauchhaut oder in den Darm einpflanzte. Auf Grund von experimentellen Untersuchungen an Hunden empfehlen B. und C. nun hier die latero-laterale Anastomose zwischen dem centralen Ende des verletzten und dem unverletzten anderen Harnleiter. B. und C. haben diese Operation, die nicht schwieriger ist und nicht länger dauert, als die Uretero-Enterostomie, entweder innerhalb des kleinen Beckens dicht oberhalb der Blase oder am lumbalen Theile der Harnleiter vorgenommen.

In einer Arbeit: *Zur Chirurgie des Ureters* berichtet Franz (809) über die Erfahrungen, die er in der Hallenser Frauenklinik über die Heilung von *frischen Harnleiterverletzungen und von Harnleiterfisteln* gesammelt hat. Von den zur Wahl stehenden Verfahren strebt er nur die Einpflanzung des durchtrennten Harnleiters in die Blase an; die Unterbindung des renalen Harnleiterendes mit Einpflanzung des letzteren in die Operationwunde wird auch in Fällen, in denen die Ureterocystostomie primär nicht möglich ist, die Nephrektomie aufschieben oder entbehrlich machen. Die Ureterorrhaphie ist als irrationell gänzlich zu meiden. F. berichtet über 5 Heilungen frischer Harnleiterdurchtrennung, von denen 3 bei intraligamentären Geschwülsten, 2 bei der abdominalen Krebsoperation sich ereigneten, ferner über eine sekundäre Harnleiterfistel nach operativer Beseitigung eines Cervixkrebses. Auch bei der 6. Harnleitereinpflanzung heilte der Harnleiter lokal in die Blase ein, die Frau starb aber an einer durch die Sektion ätiologisch nicht aufgeklärten Lungengangrän.

Bei einer *Harnleiter-Scheidenfistel* machte Garovi (811) die *Neueinpflanzung des Harnleiters* in eine seitliche Blasenstelle vermittelst des Anastomosenknopfes von Boari mit gutem Erfolge.

Herhold (815. 816) theilt einen Fall von *subcutaner linker Ureterenverletzung in Folge Hufschlages eines Pferdes gegen die Magengegend des Patienten* mit. Vom 4. Tage an entwickelte sich eine fluktuirende Geschwulst in der linken Bauchseite, deren Punktion eine braunrothe, harnstoffhaltige Flüssigkeit ergab. Die Flüssigkeit ersetzte sich schnell wieder. Cystoskopisch sah man, dass aus dem linken Ureter nur ein feiner spärlicher Strahl entleert wurde. *Freilegung der linken Niere.* Es fand sich keine Hydronephrose, sondern ein 4 Liter haltender retroperitonealer Sack, der tamponirt wurde. Die Tamponade wurde jedes Mal schnell durchtränkt; bei Abtastung des Ureters wurde eine Oeffnung in ihm gefunden, aus der der Urin in die Höhle hineinfloss. Da eingetretene feste Verwachsungen es hinderten, an die Verletzung des Ureters behufs Naht heranzukommen, wurde die *linke Niere exstirpirt.* Glatte *Heilung.*

Hildebrandt (818) theilt aus der chirurg. Klinik der Charité einen sehr interessanten Fall von *Nierenbecken- und Ureterzerreissung mit nachfolgender paranephritischer Cyste* mit. Der 29jähr. Kr. hatte vor 3½ Monaten eine schwere Contusion der rechten Niere erlitten; Hämaturie, allmähliche Entwickelung einer Geschwulst. Die Untersuchung ergab, dass der rechte Ureter undurchgängig war und die ihm entsprechende Niere nicht mehr secernirte. Die Freilegung der Geschwulst mittels König'schen Schnittes zeigte, dass eine conservative Behandlung unmöglich war; *Nephrektomie, Heilung.* Die exstirpirte Niere war stark atrophisch: im Nierenbecken, etwa 1 cm unterhalb des Ureterabganges befand sich ein circa pfennigstückgrosses Loch, von dem aus man in den Cystensack hineingelangte. Der Harnleiter war etwa 2 cm entfernt von seinem Ursprunge abgerissen. Genau entsprechend dem Ende des Stumpfes lag das Centrum der Nierenbecken-Perforation. Während der Harn anfangs in das Zellengewebe hineinströmte, wurde später ein Hohlraum ausgebildet, dessen Wandungen sich verdichteten, eine sogen. *paranephritische Cyste.*

F. Krause berichtet über *Plastiken im Uretergebiete*, die er in 2 Fällen ausgeführt hat, von denen der erste *eine auf congenitaler Basis entstandene Hydronephrose*, der andere eine auf *congenitaler Verlagerung des unteren Ureterendes beruhende Ureter-Vulvafistel* darstellte.

Im 1. Falle formte er bei der 22jähr. Kr. aus dem Hydronephrosensacke durch Excision der ausgesackten, kindskopfgrossen Theile an zwei Stellen, oben und unten vom Ureter, und unmittelbare Naht einen direkt in den Ureter sich fortsetzenden und nach unten spitz zulaufenden Nierenbeckentrichter. Er erzielte einen ausgezeichneten Dauererfolg. Vorstellung der seit 2 Jahren geheilten Patienten.

Im 2. Falle, bei einer 19jähr. Kr., erzielte er, nachdem die Herstellung einer mehr als centimeterlangen Ureter-Blasenfistel durch Trennung der dünnsten Stelle zwischen Ureter und Blase von der Blase her nach Dilatation der Urethra nur von temporärem Erfolge gewesen war, dauernde Heilung durch Excision des verirrten paraurethralen Ureterabschnittes und extraperitonäale Implantation des nunmehrigen Ureterstumpfes in die Blase nach Freilegung von einem vaginalen Schnitt (ähnlich dem Schuchardt'schen), wobei der Ureter nach Witzel's Methode der Schrägfistelbildung in die Blasenwand versenkt wurde. Die Operirte hat sich 2 Jahre nach der Plastik verheirathet.

Leguerre (828) *verletzte* bei einer wegen Fibrom vorgenommenen Hysterektomie *den einen Harnleiter* und eröffnete die Blase. Sofort pflanzte er das centrale Harnleiterende in die Blase ein und schloss letztere; die Kr. genas.

Lichtenauer (832) hat in einem Falle von *Harnleiter-Scheidenfistel* nach Uterusexstirpation das *extraperitonäale Implantationverfahren* nach Israel-Mackenroth mit gutem funktionellem Erfolge angewendet und zieht dieses Verfahren im Allgemeinen dem intraperitonäalen nach Krause-Fritsch vor, weil es zwar eine

weniger sichere Naht, aber eine Drainage der Nahtstelle gestattet und bei Vorhandensein stärkerer intraperitonäaler Verwachsungen oder grösserer Defekte am Harnleiter eine ausgiebige Verlagerung des Harnleiters ermöglicht.

Lüning (834) giebt folgenden interessanten *Beitrag zur Nieren- und Ureterchirurgie:* Bei einer zuvor gesunden Frau entstanden durch eine gewaltsame Zaagenextraktion bei Stirnlage ein Dammriss III. Grades, mehrere Blasen-Scheidenfisteln und eine hohe Durchreissung des rechten Harnleiters, woran sich eine puerperale Sepsis, parametrane Urininfiltration und Gangrän der äusseren Geschlechtstheile anschlossen. Nachdem eine Dammnaht erfolglos versucht und die vaginale Harnleiterfistel bereits geschlossen war, kam Pat. mit einer grossen Blasenfistel in's Krankenhaus. Diese operativ zu schliessen misslang zunächst. Nachdem sich eine rechtseitige Pyelonephritis mit urämischen Symptomen eingestellt hatte, wurden durch Nephrotomie der Eiter und ein Steinausguss im Nierenbecken entfernt. Nach Anlegung einer Nephrostomie erwies die Bougierung das Bestehen eines Harnleiterverschlusses durch eine Narbe nach Ruptur. Eine linkseitig auftretende Pyelonephritis ohne Conkremente machte auch dort die Nephrostomie nothwendig. Da die rechte Niere mit undurchgängigem Harnleiter die bessere Funktion aufwies als die linke, konnte an Nephrektomie nicht gedacht werden. Vielmehr wurde die Uretero-Vesico-Neostomie vorgenommen von einem medianen Laparotomieschnitt aus.

Von den Einzelheiten der Technik sei nur erwähnt, dass das renale isolirte Harnleiterende von der Blase aus mit einer Zange gefasst und unter ziemlicher Spannung in diese hineingezogen wurde. Es folgte Fixation des Harnleiterendes durch Schlingennaht an der stark geschrumpften und fixirten Blasenwand und Bildung einer trichterförmigen Scheide aus der Blasenwand um den Harnleiter. Die Neostomie funktionirt gut.

In der Folge wurde die Blasen-Scheidenfistel plastisch geschlossen und der complete Dammriss erfolgreich genäht. Nach wiederholtem Aufbruch schlossen sich die Nierenfisteln definitiv. Pat. konnte nach 14monatiger Krankenhausbehandlung mit Continenz von Blase und Mastdarm und allerdings noch nicht ganz ausgeheilter Pyelitis entlassen werden und erholte sich rasch zu voller Arbeitsfähigkeit.

Pozzi (848) hat ein *neues Verfahren für die Nahtvereinigung der Enden des Harnleiters nach seiner völligen Durchschneidung* angegeben: *Invagination mit Entropion.* Die Methode ist verhältnissmässig leicht und wird in der folgenden Weise vorgenommen:

1) Leichte Erweiterung des unteren Endstückes in einer Strecke von 2 cm durch Einführung und darauf folgende leichte Oeffnung einer feinen Pincette. 2) Die beiden durchtrennten Enden des Ureters werden parallel aneinander gelegt, jedoch so, dass dabei die Oeffnung des oberen Endstückes nach oben gerichtet ist. Die beiden aneinander gelegten Enden werden also aussehen, wie die Mündung eines doppelläufigen Gewehres mit allerdings ungleich langen Läufen. Man befestigt nun die beiden aneinander gelegten Enden durch einen feinen Seidenfaden, der die Schleimhaut nicht mitfassen darf. Das obere Endstück muss um 2 cm das untere überragen. Der Faden wird 1 cm unterhalb der Schnittfläche des unteren Fragmentes und 3 cm unterhalb derjenigen des oberen Fragmentes durchgeführt. 3) Man spaltet das untere Endstück gegenüber dem Faden in einer Länge von 2 cm; man schlägt nun 1 cm dieses unteren Endstückes durch Entropionbildung nach der Innenseite des Ureters um (wie den Umschlag eines Aermels). 4) Man führt das obere Endstück in das untere, indem man es einen Kreisbogen von 180° beschreiben lässt; die äusseren Oberflächen beider Ureterabschnitte sind so in der Ausdehnung 1 cm aneinander gelegt. 5) Man legt quer um die Invaginationstelle eine Knopfnaht mit feinen Seidenfäden, ebenso wird auch die Längsspalte vernäht; die Fäden dürfen nicht durch die Schleimhaut gehen.

In einer Arbeit über die *intraperitonäale Implantation des Ureters in die Blase* bringt Stoeckel (864) die Krankengeschichte der bei dem Würzburger Gynäkologencongresse vorgestellten Patientin, deren Harnleiter-Scheidenfistel durch intraperitonäale Harnleiterimplantation in die Blase geheilt worden war. (Methode Fritsch.) St. war im Stande, durch cystoskopische Nachuntersuchung und Harnleitersondirung auch die Funktionfähigkeit des eingepflanzten Harnleiters festzustellen, so dass nunmehr aus den Kliniken von Bonn und Halle a. d. S. 16 Kranke bekannt sind, die durch Einpflanzung auf dem intraperitonäalen Wege geheilt sind. Nur ein Fall (Franz) endete mit einer Stenosirung des eingepflanzten Harnleiters. Dieses giebt St. erwünschte Veranlassung, nach der Ursache des einen funktionellen Misserfolges zu suchen. Er empfiehlt nach wie vor, den zu implantirenden Harnleiterstumpf ungespalten tief in die Blase einzuziehen und mit Catgut (nicht mit Seide) zu befestigen. Das überstehende Ende des Harnleiters wird knopfförmig und schrumpft, ohne Behinderung der Funktion. Jedenfalls kann es sich nicht aus der Blase herausziehen, und die Nahtstelle, mit Bauchfell überkleidet, bleibt dicht. Die Vertreter der retroperitonäalen und der vaginalen Methode sollen ihre Fälle durch das Cystoskop controliren und die Resultate zum Vergleich stellen. Bei zu starker Spannung des Harnleiters oder bei Infektion des Nierenbeckens bleibt jede Operation erfolglos.

Die *Harnleitereinpflanzung in den Mastdarm* macht Tichoff (865) nach folgender Methode:

Er eröffnet den Bauch in der Mittellinie und verschafft sich möglichst freien Zugang zu jener Stelle, wo der deutlich durch das Bauchfell schimmernde Harnleiter aus dem grossen Becken in das kleine übergeht. Das Bauchfell wird 2 cm weit geschlitzt. Vorsichtiges Vorziehen des Harnleiters und, bevor die Durchschneidung erfolgt, Annähung mit 2—4 Nähten an den Mastdarm an der Stelle, wo die Einpflanzung geschehen soll. Nun erfolgt die Durchschneidung des Harnleiters und, Versorgung des peripherischen Stumpfes. Eine 1 cm lange Oeffnung, die in die Seitenwand des Mastdarmes gesetzt wird, nimmt das centrale Ende des Harnleiters auf, und die Wunde im Mastdarm wird geschlossen, indem wie bei der Witzel'schen Gastrostomie, Etagennähte gesetzt werden. Schliesslich wird das Bauchfell vor der Implantationstelle derart geschlossen, dass diese retroperitonäal bleibt.

T. hat 14 Kranke operirt, von denen 5 gestorben sind; in 3 Fällen beschuldigt T. seine Technik, da 2mal die Fixationnähte sich gelöst hatten, im 3. Falle von den Nähten her eine Peritonitis sich entwickelte. 2mal war Pyelonephritis die Todesursache, doch bestand in einem Falle schon vorher eine Nierenerkrankung, und Pat. wurde nur auf seine dringende Bitte hin operirt.

An den Präparaten konnte T. nachweisen, dass die Verwachsung des Harnleiters mit der Mastdarmwand eine sehr feste ist, ohne dass seine Durchgängigkeit in irgend einer Weise leidet.

Vaughan veröffentlicht zunächst einen Fall von *Harnleiterschussverletzung* bei einem 40jähr. Manne. Die Einschussöffnung fand sich etwa 1 Zoll nach innen und unten von der rechten Spina anterior superior unmittelbar unter dem Lig. Poupartii. Das Geschoss hatte den 4. Sakralwirbel durchbohrt und war hinten etwa in der Mittellinie unter der Haut liegen geblieben. Es konnte leicht entfernt werden. Aus der Operationwunde entleerte sich in der Folgezeit reichlich Eiter. Da sich ausserdem Symptome einer Peritonitis einstellten, wurde in der Annahme einer Blasen- oder Darmperforation eine Explorativlaparotomie in der Mittellinie vorgenommen. Ausser zahlreichen Verwachsungen fanden sich aber keine

Zeichen einer Darmverletzung. Die Laparotomiewunde wurde vorn drainirt. Auch hier stollte sich eine starke eiterige Sekretion ein. Der Kr. erholte sich aber. Das Sekret aus der vorderen Fistel wurde dünner und wässeriger und erwies sich schliesslich als Urin. Jetzt konnte die Diagnose auf eine Verletzung des rechten Harnleiters gestellt werden. Etwa ½ Jahr nach der Schussverletzung wurde folgende Operation vorgenommen: Der rechte Harnleiter wurde auf transperitonäalem Wege freigelegt, wobei eine in die vordere Fistel eingeführte Sonde zur Führung diente. Der Harnleiter war stark ausgedehnt und im Becken von dichten Verwachsungen umgeben. Beim Versuche, ihn aus diesen zu lösen, riss er an der Stelle, wo sich die Fistel befand, ab. Das centrale Harnleiterstück wurde in die Blase eingepflanzt. Zu diesem Zwecke wurde die Blase von vorn geöffnet, und an ihrer Hinterwand ziemlich weit über der normalen Einmündungsstelle des rechten Harnleiters eine kleine Oeffnung angelegt. Das Harnleiterende wurde durch einen etwa ¼ Zoll langen Schnitt in 2 Lappen getheilt und dann durch die Blasenöffnung gezogen. Die beiden Lappen wurden auseinander gespreizt und durch durchgreifende, feine Seidennähte an der Blasenninnenfläche befestigt. Die Nähte wurden auf der peritonäalen Ausseuseite der Blase geknotet. Verschluss der Blase durch Catgutnähte. Verschluss der Bauchhöhle. Gazedrainage des prävesikalen Raumes. Dauerkatheter. Vollkommene Heilung.

Dasselbe Einpflanzungsverfahren des Harnleiters in die Blase führte V. ebenfalls mit gutem Erfolge in einem zweiten Falle aus, in dem der Harnleiter bei einer ausgedehnten Resektion des carcinomatös erkrankten Mastdarmes verletzt worden war.

Die geschilderte Operation zieht V. der Ureter-Ureteralanastomose vor, weil sie leichter auszuführen ist, weil sich weniger leicht Strikturen bilden, und weil im Falle einer Strikturbildung die Behandlung der Striktur leichter ist.

Auf Grund eigener Erfahrungen glaubt Wassiljew (866) sagen zu können, dass die *extraperitonäale Transplantation des Ureters per vaginam* bei der Behandlung der *Ureterovaginalfisteln* den ersten Platz einnehmen muss, und dass, wenn diese Methode aus irgend einem Grunde nicht angewendet werden kann, der Methode der Umwandlung der Ureterovaginalfstel in eine Vesicovaginalfistel mit nachfolgendem Verschluss (Simon, Mikulicz) der Vorzug zu geben ist. Nur dort, wo diese beiden Methoden, wie beispielsweise bei Verengerung des Ureters in grosser Ausdehnung, bez. bei der Unmöglichkeit, den Ureter aus seinen Verwachsungen herauszutrennen, nicht angewendet werden können, soll man zu der transperitonäalen Transplantation per laparotomiam schreiten.

Israel (820) berichtet über den *künstlichen Ersatz beider Ureteren* bei einem 13jähr. Knaben, bei dem er zunächst links wegen einer congenitalen Hydronephrose, die mit häufigen Koliken verbunden war, operirt hatte. Der Harnleiter ging einige Querfinger über der tiefsten Stelle des Nierenbeckens ab. Da der causalen Therapie (Fixation der Niere in gehobener Lage) wegen Fehlens der Nieronnische nicht zu genügen war, wurde der Harnleiter an tiefster Stelle implantirt; unzureichendes Resultat; es stellte sich wieder Urinretention ein, die Drainage erfordorte. Im weiteren Verlaufe trat eine akute metastatische Infektion der rechten lateralen Hydronephrose ein; 3tägige Anurie mit reflektorischer Oligurie der anderen Seite; Punktion der rechten Niere orgab 600 ccm Eiter; Drainage. Der rechte Harnleiter wurde für den Urin nicht wieder wegsam, eben so wenig der linke. Das zwang, ein Verfahren einzuleiten, das Isr. schon früher einseitig geübt und in der Freien Vereinigung der Chirurgen geschildert hat, nämlich doppelseitig eine Schlauchverbindung (mit gegabeltem Rohr und Ventil gegen Rückstauung) zwischen Nierenbecken und Blase nach Anlegung einer suprasymphysären Schrägfistel herzustellen. Gutes Dauerresultat; die pyelonephritischen Anfälle sind ausgeblieben, der Knabe ist vollständig leistungsfähig. Isr. ist bisher 5mal durch akute Infektion (im Anschlusse an Gonorrhöe, Perityphlitis) genöthigt gewesen, manifest gewordene Hydronephrosen zu operiren.

C. Adrian (781) theilt einen *neuen, operativ behandelten Fall von intermittirender cystischer Dilatation des vesikalen Ureterendes* mit. Es handelte sich um ein 26jähr. Mädchen, das zunächst an Beschwerden, die allenfalls auf ein Ulcus ventriculi hinwiesen, litt, bei dem aber im weiteren Verlaufe der Erkrankung Symptome einer rechtseitigen Wanderniere mit ausstrahlenden Schmerzen in die linke Seite mit cystitischen Erscheinungen sich einstellten. Die *cystoskopische Untersuchung* ergab das Bestehen einer leicht erkennbaren, intermittirenden, cystischen Dilatation des vesikalen Haraleiterendes der linken Seite. Die Dauer und Intensität der Beschwerden rechtfertigte einen *operativen Eingriff*, der in Spaltung der Cyste mit nachträglicher Umsäumung der Blasen- und Harnleiterschleimhaut bestand und die Kr. mit einem Schlage von ihren Beschwerden befreite.

Die *Deutung des cystoskopischen Befundes* in diesem Falle war nicht schwer: zweifellos handelte es sich um eine wahrscheinlich angeborene Obliteration des unteren Harnleiterendes, die die intravesikale Sackbildung des unter der Blasenschleimhaut verlaufenden Harnleiterabschnittes bedingte.

Klose (822) berichtet über *eine auf intravesikalem Wege durch das Operationcystoskop geheilte Harnleitercyste*, d. h. eine blasenförmige Erweiterung des linken Harnleiters bei einer 31jähr. Frau.

Ob man die Cyste durch die Sectio alta oder intravesikal durch das Operationcystoskop entfernt, wird von dem einzelnen Falle abhängen. Die Grösse der Cyste, ihr Sitz, die Beschaffenheit der Wandung, der Zustand der Blase und der Nieren werden hier auf die Operation einen Einfluss ausüben. Wo es aber irgend angängig ist, wird man die intravesikale Operation der Sectio alta vorziehen.

F. König (824) beobachtete bei einem 45jähr., sonst gesundem Manne, der von Kindheit an Harndrang und erschwertes Harnlassen gehabt hatte, eine beiderseitige, allmählich wachsende *cystische, ballonartige Dilatation des vesikalen Uretertheiles*, die nach Entleerung des Urins stossweise collabirte, um nach einer Pause erneut aufzutreten. Bei dem Kr. waren vorübergehend nach Bewegungen Blut und Hämoglobin im Urin aufgetreten. Die Ursache der cystischen Dilatation sieht K. darin, dass in der Umgebung der dilatirten Partie die Blasenmuskulatur fehlt, die der Ureter normaler Weise schräg durchsetzt, bevor er in die Schleimhaut mündet.

In einer Mittheilung über *intermittirende cystische Erweiterung des vesikalen Ureterendes* theilt Portner (847) einen interessanten Fall mit, in dem durch wiederholte cystoskopische Untersuchung von Casper eine doppelseitige cystische Dilatation des Harnleiters festgestellt wurde. Die Dilatation bestand zuerst links, verschwand dann und wurde rechts beobachtet, wo sie unter Schwankungen des Volumens von Kirsch- bis Walnussgrösse bestehen blieb. Die Harnleiteröffnung war auf der Höhe der Geschwulst als feiner Schlitz sichtbar und konnte mit dem Harnleiterkatheter bis zu 10 cm Tiefe überschritten werden. Durch Erschwerung der Urinentleerung kann es zur consekutiven Hydronephrose kommen; in solchen Fällen ist eine operative Therapie angezeigt, die in Entfernung des vorgefallenen Harnleiterabschnittes nach Sectio alta, eventuell intravesikal, besteht. Im vorliegenden Falle war Hydronephrose nicht nachzuweisen.

Die *doppelseitige cystenartige Erweiterung des vesikalen Ureterendes* entsteht nach den Untersuchungen von Wildbolz (867), der 2 einschlägige Fälle mittheilt, durch die Dehnung des unter der Blasenschleimhaut verlaufenden Harnleitertheiles zwischen der Durchtrittstelle des Harnleiters durch die Blasenmuskulatur und seiner Einmündung in die Blase. Die Dilatation wird durch Stauung des Urins in Folge einer wohl meist angeborenen Stenose oder vollständigen Obliteration der vesikalen Harnleitermündung hervorgerufen. Je nachdem der Harnleiter ein längeres oder kürzeres Stück in der Blasenmuskulatur eingebettet ist, entstehen durch die Stauung verschieden geformte, theils längere wurstförmige, theils kugelartig vorgewölbte Gebilde. Die Anomalie wurde früher nur gelegentlich bei der Sektion gefunden, in den letzten Jahren jedoch auch cystoskopisch am Lebenden vereinzelt nachgewiesen.

Besonders charakteristisch ist bei nicht völliger Obliteration der Harnleitermündung die cystoskopisch sichtbare Volumenveränderung der Cyste bei der Ureteraktion: die Cyste füllt sich und entleert sich dann wieder theilweise. Auch die Durchleuchtbarkeit bildet ein wichtiges Kriterium für die Natur der Gebilde, die leicht für Geschwülste gehalten werden können. In einem Falle Grosglik's wurde auch thatsächlich der Irrthum erst beim hohen Blasenschnitte erkannt.

Entstehen in Folge der Abnormität Beschwerden, so empfiehlt W. nach Sectio alta durch Resektion eines Stückes der vorderen Cystenwand eine Cysto-Ureteroanastomose.

In einer Arbeit über die *Harnleiterhernie* hebt Carli (795) hervor, dass Harnleiterhernien häufiger seien, als aus der Literatur hervorgeht, da der Harnleiter bedeutende Lageveränderungen zulässt. Man versteht unter Harnleiterhernie den Vorfall des Harnleiters durch eine Bruchpforte gemeinsam mit Darm oder Netz, aber ausserhalb des Bruchsackes. Man hat zu unterscheiden zwischen einfachen derartigen Brüchen und solchen, die mit Blasenbruch verbunden sind. Letztere stellen eine accessorische Form der Blasenhernien dar. Diese Eintheilung in 2 Gruppen gilt sowohl für die crurale, wie für die inguinale Varietät. Im Ganzen stellt C. mit 2 eigenen Fällen 11 zusammen. Betreffs des Alters war am meisten die Zeit zwischen 4. und 6. Decennium betroffen. Die cruralen Hernien fanden sich beim weiblichen, die inguinalen beim männlichen Geschlecht. Für die Pathogenese kommen vornehmlich in Betracht die Länge des Harnleiters, die Richtung, die er im subperitonäalen Gewebe erfährt, die geringe Elasticität seiner Wandung u. A. m. In den mit Blasenbruch combinirten Fällen ist es wohl nicht zweifelhaft, dass die Blase den Harnleiter in das Bruchgebiet zieht. Der herniirte Harnleiter bewahrt seine Beziehungen zum Bauchfelle. Er liegt deshalb unterhalb des Bruchsackes, mit dem er verwachsen ist. In fast allen Fällen ist sein Aussehen ein normales, bei einzelnen Pat. war er allerdings verändert, verengt, cystisch erweitert oder verdickt. Die Symptome für eine eventuelle Diagnosestellung sind nur spärlich. Hier und da bestanden einmal Harnbeschwerden oder Leibschmerzen. Gegebenenfalls treten natürlich die Beschwerden des Blasenbruches in den Vordergrund. Die Unterscheidung von einer Hernie des Ligamentum rotundum ist dadurch möglich, dass das Letztere viel fester mit dem Bruchsacke verwachsen ist als der Harnleiter und sich nur mühsam vom Bruchsacke lösen lässt. Die Prognose der Harnleiterhernie ist günstig. Die Therapie besteht in der Reposition. Ist der Harnleiter verletzt worden, so kann man eine Uretero-Cystoneostomie oder die Uretero-Ureteralanastomose vornehmen.

Meissner (836) berichtet aus der v. Bruns'schen Klinik über einen Fall von *Ureterprolaps in einem Leistenbruche* bei einem 3½jähr. Knaben. Es handelte sich in diesem Falle, der nach der Bruchoperation tödtlich endete, um eine *angeborene Anomalie beider Ureteren,* und zwar in partiellem klappenartigem Verschlusse ihrer Blasenmündungen und starker Dilatation und S-förmiger Krümmung ihres Verlaufes. Der linke Ureter war durch den linken Leistenkanal zusammen mit einer Hernie in das Scrotum herabgestiegen. Beiderseits Schrumpfnieren. Der Uretorvorfall war bei der Operation nicht als solcher erkannt worden.

In der Literatur finden sich 6 mit Inguinalhernien vergesellschaftete Fälle von Ureterprolaps; von diesen waren 4 mit Blasenbruch verbunden.

Similew (862) beschreibt sehr ausführlich den anatomischen und mikroskopischen Befund in einem Falle von *Ureteritis cystica*. Die Entstehung aus den v. Brunn'schen Inseln war sehr deutlich nachzuweisen. Die Cysten entstehen aus diesen durch Wucherung und centrale Degeneration der hyalinen und amorphen Bildungen in dem Cysteninhalte, sind degenerativer Herkunft, nicht Parasiten. Die kleineren Cysten zeigen noch mehrschichtiges, die grossen einschichtiges niedriges Epithel. In der Schleimhaut sind entzündliche Veränderungen, kleinzellige Infiltration und zahlreiche Russel'sche Körperchen nachzuweisen. Die klassischen Formen, die am reichsten in den tiefen Schleimhautschichten und der Muscularis des Harnleiters sind, zeigen sich degenerirt. Damit hängt die Erweiterung des Harnleiters und Nierenbeckens zusammen, als deren Folge sich in einer an sich arteriosklerotisch erkrankten Niere Hydronephrose mit Bindegewebevermehrung entwickelt hat. Als Ursache der Cystenbildung wird ein entzündlicher Vorgang angesehen, der zur Wucherung der v. Brunn'schen Nester führt. Doch bestreitet S. nicht, dass auch andere Ursachen den gleichen Erfolg haben können. Für ihren und ähnliche Fälle hält S. sich für berechtigt, von einer wahren Ureteritis (cystica) zu sprechen.

Pepper (846) theilt einen Fall von *Ureteritis membranacea* mit.

Der 29jähr. Pat. hatte vor 10 Jahren Blenorrhöe bekommen und seit dieser Zeit hatte er oft Urinbeschwerden, insbesondere Drang, der bald durch Behandlung, bald wieder von selbst aufhörte. Seit den letzten 3 Jahren trat dieser Urindrang häufiger auf und dazu gesellte sich ein unangenehmer Druck in der linken Nierengegend. Von Zeit zu Zeit stellten sich an derselben Stelle kolikartige Schmerzen ein. Solange die Schmerzen anhielten, konnte Pat. gar nicht oder nur sehr wenig uriniren, während in

den schmerzlosen Pausen viel Urin entleert wurde. Die 2stündlich entleerte Urinmenge betrug 150—180 ccm. Der Urin war trübe; nach halbstündigem Stehen bildete sich ein $1^1/_2$ Finger hohes, dichtes, fleckiges Sediment, das binnen 24 Stunden weisslich, gallertartig aussah. In dem frisch entleerten Urin waren kaum $0.5\%_{oo}$ Eiweiss, viel Eiter, zahlreiche Epithelzellen. Cylinder suchte P. vergebens. Die Cystitis besserte sich während der Behandlung, das Sediment war kaum mehr zu sehen, die entleerte Urinmenge betrug 300 ccm; das Allgemeinbefinden besserte sich, der nächtliche Urindrang blieb aus; kolikartige Schmerzen wurden seltener, blieben jedoch nicht vollständig weg. Der nach dem Krampfe entleerte Urin zeigte an der Oberfläche weisse mnklenartige oder muschelförmige (in kaltes Wasser getränfelten Kerzentropfen ähnliche) schwimmende Lamellen, die zwischen den Fingern zerrieben an fibrinöse Exsudnte erinnerten. Sowohl Kalilauge, nls nnch Essigsäure riefen keine Veränderung hervor. Unter dem Mikroskop sah man, dass diese Lamellen aus polygonalen Epithelzellen und Fibrinfasern bestanden.

Einmal sah nnch P. den Pat. während des Krampfnnfalles. Er klagte über spannende Schmerzen, die links ven vorne gegen die Nierengegend ziehen sollten. Zn dieser Zeit war die nach $4^1/_2$ Stunden entleerte Urinmenge nicht mehr als 100—120 g, während sonst eine doppelt solche Menge entleert wurde. Als die Schmorzen aufhörten, war der entleerte Urin voll mit den früher beschriebenen Lamellen, so dass P. annehmen musste, dass die entleerten Lamellen die Urinentleerung verhinderten und dadurch die Krämpfe herverriefen. Die geringe Urinmenge, die während des Krampfes entleert werden konnte, stammte wahrscheinlich nur aus der rechten Niere. Die Nieren waren nicht angegriffen, wofür der negative Eiweisshefund sprach, gegen eine Nierenbeckenaffektien sprachen Grösse und Form der verschiedenen Lamellen, so dass P. nur eine Ureteritis membranacea annehmen kennte.

Adler (780) giebt einen *Beitrag zur Kenntniss der primären Tumoren des Ureters.*

Es handelte sich um ein Carcinom der Harnleiterschleimhaut, das theilweise papillär, theilweise nach dem Typus eines verhornenden Plattenepithelkrebses gebant war. A. erörtert die Frage, ob diese Verschiedenartigkeit des Baues durch Metaplasie des geschichteten Epithels zu Plattenepithel entstanden sei, oder ob es sich um 2 verschiedennrtige Carcinome in demselben Organe handle, die nebeneinander entstanden seien und sich gegenseitig durchwuchert hätten. A. entscheidet sich für Metaplasie: 1) da die Schleimhaut des übrigen normal nussehenden Harnleiters sonst nirgends Plattenepithelbilduug zeigte, und 2) dn die Fähigkeit des geschichteten Epithels des uropoetischen Systems, auf länger wirkende Reize mit Metaplasie zu Plattenepithel zu reagiren, bekannt ist. Ferner ist der Fall dadurch interessant, dass sich eine ganz vereinzelte Metastase im Körper des 4. Lendenwirbels entwickelt hatte.

Eine Beobachtung von Motcalf und Safford (837) bietet nllgemeines Interesse, weil es sich um die sehr seltene Lokalisation eines *primären Carcinoms in einem Harnleiter* handelte, und weil das Carcinom mit grösster Wahrscheinlichkeit in Beziehungen zu einem im Harnleiter liegen gebliebenen Nierenstein stand in dem Sinne, dass der Nierenstein die Ursache zur Carcinombildung abgab.

Die Diagnose war bei dem 47jähr. Pat., der seit 22 Jahren an Bauchkoliken gelitten hatte, nuf einen Harnleiterstein gestellt worden. Der Urin reagirte auffallender Weise nicht sauer, wie er es bei Anwesenheit von Nierensteinen zu thun pflegt, sondern alkalisch. Die Röntgenuntersuchung war ergebnisslos gehlieben. Die durch Lendenschnitt freigelegte Niere wnr sackartig vergrössert und wurde exstirpirt. Ven dieser Operationwnnde aus wurde dann der verdickte Harnleiter so weit wie möglich stumpf freipräparirt. Um auch den unteren Harnleitertheil freizulegen, wurde ein ileo-inguinaler Schnitt hinzugefügt und ven dieser Wunde aus nach Ablösung des Bauchfelles der obere Harnleiterstumpf mit einer Kernzange nach unten gezogen. Die Verwachsnngen des Harnleiters mit den Nachbargebilden waren von Abscessen durchsetzt. Die Harnleiterwand enthielt reichlich-bröckelige, kalkige Massen. Beim Herabziehen riss der Harnleiter in Folge dessen nahe der Blase ah. An der Rissstelle fand sich ein Stein. Die Operation wurde der allgemeinen Schwäche der Pat. wegen nbgebrochen und die Wnnde nach genügender Drainirung geschlossen.

In einer zweiten Sitzung, 4 Wochen später, wurde wegen erheblicher Kreuzschmerzen die Cystotomie vorgenommen. Die Blase zeigte sich gesund und wurde wieder verschlossen. Nach Eröffnung des Bauchfelles fand sich eine Geschwulst, die sich ven der Rissstelle des Harnleiters bis an das Promentorium erstreckte. Der grösste Theil der Geschwulst konnte entfernt werden. Pat. ging nach einigen Wochen zu Grunde.

Unter den in der Literatur beschriebenen 6 Fällen von primären Harnleitergeschwülsten findet sich nur einer, in dem ein an der Stelle der Geschwulst gefundener Stein mit der Geschwulstbildung in Zusammenhang gebracht wird. M. empfiehlt bei Verdacht auf Harnleitergeschwulst mittels eines lumbo-ileo-inguinalen Schnittes Niere und Harnleiter freizulegen. Findet sich eine Harnleitergeschwulst, so wird ausser ihr meist auch die stark veränderte Niere mit wegzunehmen sein.

Die exstirpirte Niere und der Harnleiter mit der Geschwulst sind genau histologisch untersucht worden. An der Stelle, we der 1.25 g schwere Harnleiterstein gesessen hatte, bot die Harnleiterschleimhaut das Bild eines Adenocarcinems. Auffallend war die zottige Beschaffenheit der Schleimhnut vom Nierenbecken an bis an die Stelle des Harnleiters, wo die Geschwulstbildung einsetzte. Im Harnleiter waren die Zotten baumartig verästelt. Die Zottenbildung und die Entwickelung der Geschwulst werden auf die irritative Einwirkung des Steines zurückgeführt, der aus dem Nierenbecken in den Hnrnleiter gewandert wnr.

B. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

236. **Die physiologischen Schwankungen des osmotischen Druckes im normalen Thierserum mit besonderer Berücksichtigung der osmotischen Druckverhältnisse der intraocularen Flüssigkeiten;** von Dr. P. Rissling. (Arch. f. Augenhkde. LIX. 3. p. 239. 1908.)

R. stellte seine Untersuchungen in der Würzburger Augenklinik an. Als Versuchthiere diente eine grössere Zahl Pferde, Schweine, Kälber und Schafe. R. fasst seine von anderen theilweise abweichenden Untersuchungsergebnisse, wie folgt, zusammen: „1) bei Untersuchungen über den osmotischen Druck einer Flüssigkeit von mehreren Thieren muss man Flüssigkeit und Reagens stets von demselben Thiere benutzen. 2) Bei Vergleichung des osmotischen Druckes zwischen intraocularer Flüssigkeit und Serum muss man stets die Flüssigkeiten vom gleichen Thiere benutzen. 3) Der osmotische Druck des Serum mehrerer Thiere einer Art ist nicht bei allen gleich, sondern Schwankungen unterworfen; ähnlichen Schwankungen unterliegt auch die intraoculare Flüssigkeit. 4) Bei ein und demselben Thier kann der osmotische Druck der intraocularen Flüssigkeit gleich, grösser oder kleiner sein als der des Serum." Bergemann (Husum).

237. **Ueber neue Methoden der Immunitätsforschung;** von W. Weichardt. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20. 1908.)

Wenn das in vitro aus Eiweiss hergestellte Kenotoxin mit ebenfalls künstlich aus Eiweiss hergestelltem präcipitirenden Antikenotoxin zusammengebracht wird, kommt eine Präcipitinreaktion zu Stande (Demonstration). — Das Kenopräcipitin ist nicht identisch mit W.'s Antitoxin. Die kenopräcipitable Substanz ist nach W.'s Erfahrung fast stets ein Begleiter des Kenotoxin.

W. fand bei seinen Versuchen über Reaktionen zwischen Kenotoxin und Antikenotoxin, dass beim Zusammenbringen von Antigen und Antikörperlösungen, die verschieden gefärbt sind, unter bestimmten Bedingungen *Diffusionbeschleunigung nachweisbar* ist. Er demonstrirt eine im Princip einfache Versuchsanordnung, um diese Erscheinung gewichtsanalytisch zu verfolgen.

Löhlein (Leipzig).

238. **Einfluss der Toxine auf den Eiweissabbau der Zelle;** von Dr. L. Hess und Dr. P. Saxl. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 8. 1908.)

H. und S. studirten den Einfluss geringer Toxinzusätze auf die Autolyse normaler Kaninchenorgane. Sie fanden zunächst Hemmung, dann starke Beschleunigung des Processes; die Reaktion soll eine „Allgemeinreaktion" der Toxine sein. H. und S. setzen sie in Parallele zu den Vorgängen im lebenden Körper und stellen weitere Untersuchungen in Aussicht. Löhlein (Leipzig).

239. **Die Einwirkung des Arsen auf die Autolyse;** von Dr. Leo Hess und Dr. Paul Saxl. (Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 89. 1908.)

Die Einwirkung äussert sich in einer Hemmung und zwar handelt es sich dabei nicht um eine Hemmung des Eiweissabbaues, sondern der autolytischen Zellenthätigkeit. Die Einwirkung äussert sich eben so wie die Beschleunigung der Autolyse durch Phosphor nur in den ersten Stadien der Autolyse. „Sowohl die Wirkung des Arsen wie die des Phosphor dürften specifische Katalysatoren-Wirkungen sein: die des Phosphor eine beschleunigende, die des Arsen eine hemmende Katalysator-Wirkung." Dippe.

240. **Ueber den Nachweis von Nebennierenprodukten im Blut und Harn;** von N. Waterman und R. J. Boddaert. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25. 1908.)

W. und B. halten die Angaben über das Vorkommen von Adrenalin im Blute Nierenkranker und die daraus gezogenen Schlüsse für unbewiesen, so lange es nicht bessere, streng specifische Reaktionen auf die Nebennierenproducte giebt. Zunächst kann man nur sagen, das Blut enthält bei Nephritis viel Brenzkatechinderivate, „d. h. vielleicht auch Adrenalin". Dippe.

241. **Beitrag zur „Antifermentwirkung" des menschlichen Blutes;** von Dr. Marcus. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 14. 1908.)

Müller und Jochmann haben ein Verfahren angegeben um zu bestimmen, in wie weit das Blut im Stande ist, die Eiweissverdauung zu hemmen. Die 1proc. Trypsinlösung ist dabei ein zuverlässiger Testkörper: „Die antitryptische Kraft des Blutserum entspricht dem Normalen, wenn sie noch das dreifache Volum einer 1proc. Trypsinlösung an der Zellenbildung auf der Löfflerplatte hindert. Sie ist also verringert, wenn sie weniger, sie ist verstärkt, wenn sie mehr als das dreifache Volum der Trypsinlösung wirkungslos macht."

Dass bei Krankheiten die antitryptische Kraft des Blutes verändert ist, ist sicher, ob damit diagnostisch, prognostisch u. s. w. etwas anzufangen ist, müssen weitere Untersuchungen lehren. Dippe.

242. **Ueber die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Fermente**; von Prof. P. F. Richter und Dr. H. Gerhartz. (Berl. klin. Wehnschr. XLV. 13. 1908.)

Dass die Röntgenstrahlen auf das Leben von Zellen eine starke Wirkung ausüben, ist sicher; wie weit die ihnen zugeschriebene Einwirkung auf das Lecithin geht und von welcher Bedeutung sie ist, bedarf noch weiterer Klärung. R. und P. stellten fest, dass das Adrenalin durch die Bestrahlung in seinen specifischen Wirkungen wesentlich beeinflusst, gesehwächt wird. Im Gegensatze dazu konnten sie eine Einwirkung auf Fermente nicht beobachten und schieben derartige Angaben Anderer auf Versuchfehler. Damit fällt die Annahme, dass das Wesen der Röntgenstrahlen und Radiumwirkung auf der Beeinflussung fermentativer Vorgänge beruhe. Dippe.

243. **Ueber eine umkehrbare Fermentreaktion im heterogenen System**; von Wilhelm Dietz. (Ztschr. f. physiol. Chemie LII. 3 u. 4. p. 279. 1907.)

Es handelt sich um Esterbildung und Esterverseifung mit Pankreasferment als Katalysator. Eine eingehende Beschreibung der längeren Arbeit, die in Betrachtungen über eine durch das Ferment hervorgerufene Gleichgewichtverschiebung und Verletzung des zweiten Hauptsatzes der Thermodynamik ausklingt, würde hier zu weit führen. Es sei daher auf die sehr interessante Abhandlung selbst verwiesen, die im Auszuge von Prof. M. Bodenstein bei dem VI. internat. Congress für angew. Chemie zu Rom und bei der XIII. Hauptvorsammlung der deutschen Bunsen-Gesellschaft für angew. physikal. Chemie zu Dresden vorgetragen wurde. Kubler (Leipzig).

244. **Ueber den Phosphorgehalt einiger aus Pflanzensamen dargestellten Lecithinpräparate**; von E. Schulze. (Ztschr. f. physiol. Chemie LII. 1 u. 2. p. 54. 1907.)

Bei einer von Sch. mit A. Likiernik ausgeführten Arbeit wurde der Phosphorgehalt des aus den Samen von Vicia sativa und Lupinus luteus dargestellten Lecithins zu 3.67, bez. 3.69% festgestellt.

Nachdem später E. Schulze und S. Frankfurt in Lecithinpräparaten aus Cerealiensamen nur ca. 2% Phosphor fanden, wiesen E. Winterstein und O. Hiestand nach, dass die aus Cerealiensamen dargestellten Lecithinpräparate einen beträchtlichen Gehalt an Kohlehydrat besitzen.

Dieses veranlasste Sch., nochmals Lecithin aus den Samen von Vicia sativa und Lupinus luteus, und ausserdem noch aus den Samen der Arve (Pinus Cembra) darzustellen, und neben der Wiederholung der Phosphorbestimmung, auf Kohlehydrat zu prüfen. Es wurden gefunden:

	Zucker	Phosphor	
Lupinus luteus	1%	3.46%	Durchschnitt 3.66%
		3.55%	
		3.76%	
Vicia sativa	3%	3.51%	
		3.62%	
Pinus Cembra	0%	3.60%	

Die Lecithine wurden zur Phosphorbestimmung mittels Aceton und Methylacetat gereinigt. Die neuen Analysenzahlen stimmen mit den früheren gut überein. Kubler (Leipzig).

245. **Ueber die Polypeptidphosphorsäure (Paranucleinsäure) des Caseins**; von Alfred Reh. (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 1 u. 2. p. 1. 1907.)

Der phosphorhaltige Complex des Caseins lässt sich aus der durch Pepsinverdauung erhaltenen Lösung mittels Uranylacetat in Form eines constant zusammengesetzten Niederschlages ausfällen. Er ist als eine Polypeptidphosphorsäure aufzufassen. Ihr Phosphorgehalt ist 8mal grösser als der des ursprünglichen Caseins und erheblich grösser als derjenige der von Salkowski aus Casein gewonnenen Paranucleinsäure. Nach der Zahl der bei der Hydrolyse erhaltenen Spaltungprodukte muss angenommen werden, dass das Molekulargewicht der erhaltenen Polypeptidphosphorsäure, sofern es sich nur um eine und nicht um ein constantes Gemenge mehrerer handelt, ein sehr grosses und nicht viel geringer ist als das des Caseins.

Weintraud (Wiesbaden).

246. **Ueber die alkalimetrische Phosphorsäurebestimmung nach A. Neumann**; von H. P. Gregersen. (Ztschr. f. physiol. Chemie LIII. 6. p. 453. 1907.)

N. controlirte die Neumann'sche Methode durch eine Reihe von Analysen und erweitert die Kenntniss der Reaktion durch Angabe von Einzelheiten, die zu beachten sind, um stets genaue Analysenwerthe nach diesem Verfahren zu erzielen. Kubler (Leipzig).

247. **Ueber die quantitative Aenderung in der Zusammensetzung der anorganischen Gewebsbestandtheile bei phosphorvergifteten Thieren**; von Dr. Martin Koehmann. (Arch. f. Physiol. CXIX. 6—8. p. 417. 1907.)

Der Phosphorgehalt der Gewebe ändert sich im Grossen und Ganzen gleichsinnig wie der Kalkgehalt. Dem Phosphor kommt also, wie es scheint, ein specifischer Einfluss auf den Kalkstoffwechsel zu. Am deutlichsten ist dies in den Knochen ausgeprägt; nur die Muskeln zeigen ein abweichendes Verhalten.

Das Calcium der Gewebe scheint in bestimmten Fällen durch Kalium und Natrium vertreten werden zu können, so dass also Kalium oder Natrium zunehmen, wenn Calcium in den Geweben an Menge abnimmt. Dittler (Leipzig).

248. **Experimenteller Beitrag zur Genese des Epidermispigments**; von Dr. Hellmich. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLV. 3. p. 134. 1907.)

Auf Grund der an 2 Kaninchen angestellten Versuche kommt H. zu dem Schlusse, dass sich an in Pigmentbildung begriffenen Epidermisstellen 4 Stadien unterscheiden lassen. 1. Stadium Anreicherung des Kerns mit Nuclearsubstanz, 2. Stadium Austritt von Nuclearsubstanz in das Protoplasma und in die Intercellularräume, 3. Stadium gleichzeitiges Auftreten von Nuclearsubstanz und Pigment in der Zelle und den Intercellularräumen; Verminderung der Masse der Nuclearsubstanz, 4. Stadium innerhalb der Zelle und in den Lymphspalten findet sich nur noch Pigment.

Daraufhin können wir behaupten: 1) die Epidermis besitzt die Fähigkeit autochthoner Pigmentbildung, 2) als Muttersubstanz des Epidermispigments ist die Nuclearsubstanz anzusehen.

J. Meyer (Lübeck).

249. **Zur Kenntniss des Hautfarbstoffs als Schutzmittel;** von Dr. F. B. Solger in Rostock. (Dermatol. Ztschr. XIV. 6. p. 329. 1907.)

S. zeigt, dass die Durchfeuchtung der Haut einen enorm schwächenden, ihre normale Funktion herabsetzenden Faktor darstellt. Kommt dann noch die zerstörende Wirkung des Lichts hinzu, so sind die betroffenen Körpertheile einmal den Gefahren der Hautentzündung durch verdunstende Feuchtigkeit, ausserdem aber noch denen der Lichtwirkung ausgesetzt. Für einen solchen Körpertheil ist es daher von Wichtigkeit, dass er wenigstens einen dieser Faktoren neutralisiren kann. Dieses geschieht, indem die Haut mit ihrem Pigment das Licht ausschaltet. Daher sehen wir, dass bei Schnauze, Augen, Ohren, Geschlechtstheilen und deren Umgebung die dunkle Farbe auch bei hellen Thieren hartnäckig haftet. Auch die intensive Färbung des Schnabels und der Füsse vieler Wasservögel gehört hierher. Hier werden gelbe Farbentöne, die die ultravioletten Strahlen neutralisiren, bevorzugt, daher tragen auch die jungen Vögel ein Daunenkleid von schwefelgelber Farbe.

J. Meyer (Lübeck).

250. **Ueber die Reduktasen der Kuhmilch;** von E. Seligmann. 2. Mittheilung. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LVIII. 1. p. 1. 1907.)

S. kommt zu dem Ergebnisse, dass die bisher bekannten Reductionvorgänge sowohl in frischer wie in älterer Milch bakterieller Natur sind.

Woltemas (Solingen).

251. **Ueber Bakteriocidine in Perhydrasemilch;** von Dr. H. Much. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 8. 1908.)

Wenn die von Römer und Much beschriebene Perhydrasemilch wirklich „keimfreie, aber in allen genuinen Eigenschaften unveränderte Rohmilch" ist, muss sie auch nach v. Behring und Much bakterieide Eigenschaften entfalten. M. berichtet über eine Reihe von bakterieiden Reagenzglasversuchen, aus denen sich dieses bestätigt.

Löhlein (Leipzig).

II. Anatomie und Physiologie.

252. **Ueber das Epithel im geschlechtsreifen Uterus;** von Prof. Ludwig Manill. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 13. 1908.)

Uebereinstimmend mit Heehne fand M. das Epithel der menschlichen Uterusschleimhaut nicht immer und nicht in ganzer Ausdehnung flimmernd; es fanden sich streckenweise Partien, an denen die Zellen der Cilien entbehrten. Bei Thieren ist das Uterusepithel nur zu gewissen, wie es scheint, sehr beschränkten Zeiten flimmernd. Auch in der Tube ist das Flimmerepithel kein continuirliches; es finden sich zwischen den Flimmerzellen sekreterische eingestreut; auch das Flimmerepithel des Uterus zeigt da, wo es nicht flimmernd ist, Bilder sekretorischer Thätigkeit.

R. Klien (Leipzig).

253. **Experimentelles zur Frage nach der Funktion des Corpus luteum;** von Prof. F. Kleinhans und Dr. F. Schenk in Prag. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 2. p. 283. 1907.)

Kl. u. Sch. beschränkten ihre an Kaninchen angestellten Versuche auf die Beziehungen zwischen Corpus luteum und Weiterentwickelung der Schwangerschaft. Es waren im Ganzen 25 Versuche; ausserdem wurde in 8 Controlversuchen ein etwaiger Einfluss des Eingriffes, der in Eröffnung der Bauchhöhle, Betastung und kurzdauernder Dislokation der Ovarien, zum Theil auch des Uterus bestand, *ohne* Läsion der Corpora lutea und des Genitale überhaupt festgestellt.

Von den 25 Versuchen ergaben 6 ein positives Resultat, d. h. in 6 Fällen hatte die Entfernung der Corpora lutea keine Unterbrechung der Schwangerschaft, bez. Rückbildung der Eier zur Folge. Bei den 8 Controlversuchen blieb nur 3mal die Schwangerschaft erhalten, 3mal trat völlige Rückbildung der Eier, 2mal Abort ein. Diese Controlversuche beweisen deutlich die Empfindlichkeit des schwangeren Kaninchenuterus gegen Eingriffe überhaupt.

Aus Kl. u. Sch.'s Versuchen geht mit Sicherheit hervor, dass beim trächtigen Kaninchen möglichst schonend vorgenommene Entfernung der Corpora lutea nach der Nidation der Eier die Schwangerschaft nicht zu unterbrechen braucht. Es kann somit dem Corpus luteum beim Kaninchen nicht die Funktion zuerkannt werden, der Weiterentwickelung der Eier nach ihrer Nidation vorzustehen, wenigstens nicht über den 9. Tag hinaus.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

254. **Beiträge zu den Beziehungen von Mamma und Genitale;** von Dr. Arthur Forges in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 5. 1908.)

F. stellte im Wiener physiologischen Institute von Exner zunächst an 3 Häsinnen Versuche an. Hierbei zeigte sich, dass bei jugendlichen Thieren, denen die Ovarien entfernt worden waren, eine Vollentwickelung der Mamma nicht stattfand, während bei Fehlen des Uterus die Brüste sich ganz normal ausbildeten. Die Eierstöcke jener Thiere, denen der Uterus fehlte, entwickelten sich ebenso zur vollen Reife, wie die der nicht operirten Controlthiere. Bei der Entwickelung der Mamma kommt es also nur auf das Vorhandensein von funktionfähigen Ovarien und nicht auf das Vorhandensein des Uterus an. Auch das Ovarium bedarf zu seiner Fortentwickelung nach diesen Versuchen nicht des Vorhandenseins des Uterus.

F. theilt weiter eine Krankengeschichte mit, deren Hauptpunkte in Folgendem beruhen: Amenorrhöe und Laktation post partum durch viele Jahre, der Versuch des Säugens ist niemals gemacht worden, trotzdem Atrophie des Uterus. In diesem Falle können nicht die durch das Saugen auf nervösem Wege ausgelösten Uteruscontraktionen die Ursache der Uterusatrophie gewesen sein. F. nimmt an, dass sowohl die andauernde Milchsekretion als auch die Uterusatrophie beide als Folge einer herabgesetzten Eierstockfunktion aufzufassen sind, und stützt seine Erklärung auf Beobachtungen bei Thieren.

Zum Schluss fasst F. die Ergebnisse seiner Arbeit zusammen: „Das Ovarium allein ist durch seine innere Sekretion für die Entwickelung der Mamma zu einem funktionfähigen Organe nothwendig; für deren Funktion, Milch zu produciren, aber nicht; vielmehr kann der Wegfall der Ovarialfunktion die Milchproduktion auslösen und steigern."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

255. **Zur Frage der Graviditätshypertrichose;** von Dr. Jos. Halban. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 45. 1907.)

H. hat seine früher mitgetheilten Beobachtungen, dass bei Frauen im Puerperium die Lanugohaare stärker wachsen, auch an Thieren experimentell bestätigen können. Wenn er trächtigen Kaninchen die Bauchhaut rasirte, so war der Unterschied nicht trächtigen weiblichen Kaninchen des gleichen Wurfes gegenüber bezüglich der Schnelligkeit des Haarwachsthums ein ganz eklatanter. Auch bei puerperalen Thieren wuchsen die Haare in kürzerer Zeit wieder. Versé (Leipzig).

256. **Ueber experimentell erzeugte Verlängerung der Tragdauer bei Kaninchen;** von A. Kroidl und L. Mandl. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23. 1908.)

Kr. u. M. stellten fest, „dass die Entfernung einer grösseren Anzahl von Eikammern zur Folge hat, dass der restirende Foetus eine weitergehende Entwickelung bei verlängertem intrauterinen Leben durchmacht". Es brauchen nicht einmal befruchtete und bereits entwickelte Eier entfernt zu werden, die Verlängerung der Tragdauer tritt augenscheinlich unter Umständen auch dann ein, wenn von einer Anzahl zur Reife gelangter Eier nur eines zur Entwickelung kommt. Dippe.

257. **Ueber das Schicksal der Spermatozoën, welche nicht zur Befruchtung gelangen;** von Dr. Hans Königstein. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 27. 1908.)

Augenscheinlich wird der Ueberschuss an Spermatozoën, so weit es gelingt, mechanisch entfernt und der Rest wird von Leukocyten gefressen. Unterstützen die Leukocyten, wie Bonnet annimmt, die Ernährung der Frucht, dann spielen die verschluckten Spermatozoën wohl auch hierbei mit. Bei vorhandenem Katarrh ist die Gefahr aufgefressen zu werden, für alle Spermatozoën gross; vielleicht beruhen hierauf manche Fälle von Sterilität. Dippe.

258. **Ueber das „Lanolin" der menschlichen Haut;** von P. G. Unna. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLV. 8. 9. 1907.)

Die umfangreiche Arbeit kommt in der Hauptsache zu dem Ergebnisse, dass die Haut des Menschen kein Wollfett (und Lanolin) enthält. Gegentheilige Angaben beruhen auf falschen Reaktionen. Damit fallen alle weiteren Schlüsse, denen die Annahme von Lanolin in der menschlichen Haut zu Grunde liegt. Dippe.

259. **Versuch zur Anwendung der biochemischen Reaktionen für klinische Zwecke;** von Prof. Wiczkowski, Dr. M. Selzer, Dr. G. G. Wilenko. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23. 1908.)

Der Versuch hat noch nicht zu brauchbaren Ergebnissen geführt. Die angestellten Versuche haben aber von Neuem dargethan, wie sorgsam und zäh der Körper artfremdes Eiweiss von seinen Säften fernhält. Im ganzen Darmkanale stehen ihm dazu Mittel zur Verfügung. Bei Nährklystieren werden im Eiweissmolekülе die die Arteigenheit darstellenden Gruppen zerstört. Dippe.

260. **Untersuchungen zur Physiologie und Pharmakologie des autonomen Nervensystems.** *1. Mittheilung über die Wirkung der Nitrite und des Atropins;* von A. Fröhlich und O. Loewi. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 1. p. 34. 1908.)

Fr. u. L. haben gefunden, dass sich die funktionell verschiedenen Nerven des vegetativen Systems autonomer und sympathischer Herkunft, chemisch gegenüber Giften ganz verschieden verhalten. Die Nitrite vernichten vorübergehend oder dauernd nur die Erregbarkeit autonomer, nicht die der sympathischen Nerven, und zwar nur derjenigen, die

hemmend wirken. Und umgekehrt schädigt das Atropin lediglich die sympathischen Nerven und unter ihnen auch nur die fördernd wirkenden. Hier bilden jedoch die schweisstreibenden Nerven eine Ausnahme.

Fr. u. L. stellen folgendes Schema auf:

Nerven	fördernde		hemmende	
	Reiz	Lähmung	Reiz	Lähmung
1) autonome	Pilocarpin	Atropin		Nitrite
2) sympathische	Adrenalin	Ergotoxin	Adrenalin	

Dazu kommt noch das sämmtliche, sowohl autonome wie sympathische Ganglien erst reizende, dann lähmende Nicotin.

„Wir besitzen somit ein fast vollständiges System von Giften zur isolirten Lähmung oder Reizung funktionell zusammengehöriger Nerven des autonomen Systems. Gleichzeitig ist damit erwiesen, dass die funktionell verschieden wirkenden Nervenapparate im Laufe der Entwickelung eine chemische Differenzirung erfahren haben."

Dippe.

261. **Ueber vasoconstriktorische Fasern in der Chorda tympani;** von A. Fröhlich und O. Loewi. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 1. p. 64. 1908.)

Die Chorda tympani führt Vasoconstriktoren für die Speicheldrüse, autonome Fasern, die durch Pilocarpin gereizt, durch Atropin gelähmt werden. Sie wirken nur, wenn der Tonus der vasodilatirenden Chordaendigungen vernichtet ist. Dieses geschieht durch Nitrite. Dippe.

262. **Zur Frage des kleinsten Eiweissbedarfes;** von Prof. J. Forster in Strassburg. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 49. 1907.)

F. hält es deshalb für bedenklich die Eiweissaufnahme gar zu sehr herunterzusetzen, weil dabei die Zufuhr der meist an Eiweiss gebundenen Aschebestandtheile und die Erzeugung gewisser bei dem Eiweisszerfall entstehender Formente, „innerer" Sekrete, Schutzstoffe u. s. w. Noth leiden könnte.

Dippe.

263. **Die Kochsalzausscheidung im Dünndarm;** von Dr. Ernst Frey. (Arch. f. d. ges. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 515. 1908.)

„Von ein und derselben Darmschlinge (Vella'sche Fistel) wird in concentrirte chlorfreie Lösungen wenig, in verdünnte viel Kochsalz ausgeschieden; es geht also die Kochsalzausscheidung unabhängig von der Wasserabsonderung vor sich und wirkt im Sinne eines Concentrationsausgleiches zwischen Blut und Darminhalt.

Unter gleichen Bedingungen findet in den oberen Dünndarmabschnitten eine stärkere Kochsalzausscheidung statt als in den unteren." Dippe.

264. **Ueber eine neue Funktion des Pankreas und ihre Beziehung zum Diabetes mellitus;** von O. Loewi. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 1. p. 83. 1908.)

L. ging von der Annahme aus, dass bei dem Diabetes nach Exstirpation des Pankreas die Organe, wie bei anderen Diabetesformen auch, die Fähigkeit verloren haben, Glykogen (aus Glukose) festzuhalten, und suchte festzustellen, ob es sich dabei vielleicht um den Fortfall gewisser regelnder Hemmungen handele. Er wählte als Prüfungsobjekt den Dilatator pupillae, der sympathische Förderungsfasern besitzt (er zieht sich bei Reizung des Halssympathicus zusammen), aber auch seine peripherische Erregbarkeit hemmende Elemente, die vom Ganglion cervicale superius ausgehen und nach deren Fortfall auch schwache Reize eine starke Wirkung ausüben. Als sicheres Zeichen für die Funktiontüchtigkeit der sympathischen Hemmung kann man das Eintreten oder nicht Eintreten einer Mydriasis nach Adrenalineinträufelung ansehen.

Ergebnisse: „Bei normalen Menschen, Hunden und Katzen ist Adrenalininstillation in den Conjunctivalsack ohne Einfluss auf die Pupillenweite. Unter besonderen Verhältnissen tritt aber Mydriasis ein, a) nach Totalexstirpation des Pankreas (bei Hunden und Katzen); danach hat das Pankreas die Funktion, die Adrenalinempfindlichkeit gewisser, sympathisch innervirter Organe zu hemmen, b) mitunter bei Pankreasinsuffizienz (bei Thieren künstlich erzeugt), c) bei manchen diabetischen Menschen (hier ist mit grosser Wahrscheinlichkeit der Diabetes als pankreatogen aufzufassen), d) bei manchen Fällen von Basedow; hier ist möglicher Weise die Adrenalinempfindlichkeit durch Hyperthyreoidismus hervorgerufen." Dippe.

265. **Versuche über die täglichen Variationen der Nierenleistung bei constanter Kost;** von Max Bräuner. (Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 438. 1908.)

Die Versuche haben ergeben, dass bei den Gesunden in der Ausscheidung der Stoffwechselschlacken sehr erhebliche Schwankungen vorkommen, die wir noch nicht erklären können.

Dippe.

266. **Beiträge zur normalen Histologie der Nebennierenrinde;** von Prof. Oskar Stoork. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 15. 1908.)

St. beantwortet die Frage: giebt es eine Lumenbildung an den Rindenzellverbänden mit nein. Bei Menschen und Thieren (Hund, Katze, Kaninchen) liessen sich weder in gesunden, noch in kranken (Hypertrophie, Adenom) Nebennierenrinden echte Drüsenlumenbildungen nachweisen. Dippe.

267. **Ueber die antagonistische Wirkung der in den Nebennieren enthaltenen Substanzen Suprarenin und Cholin;** von Dr. A. Lohmann. (Arch. f. Physiol. CXXII. 4—6. p. 203. 1908.)

Suprarenin und Cholin dürfen in ihrer Wirkung als vollkommen antagonistisch betrachtet werden. Für die Wirkung dieser Substanzen auf den Blut-

druck ist dieser Antagonismus schon seit längerer Zeit nachgewiesen. L. erbringt diesen Nachweis nun auch für die Wirkung auf die Längsmuskulatur des Darmes, auf die Herzthätigkeit und die Speichelsekretion.

Cholin ruft eine Steigerung des Tonus der Dünndarmmuskulatur hervor. Am Herzen bewirkt es eine Verkleinerung und Verlangsamung der Systolen. Nach subcutaner Injektion von Cholin tritt (bei Katzen) lebhaft gesteigerter Speichelfluss auf. Die Wirkung des Suprarenins ist in allen Fällen genau die entgegengesetzte. Dittler (Leipzig).

268. **Versuche über die Veränderungen der Reflexerregbarkeit Wirbelloser bei Sauerstoffmangel und Sauerstoffüberfluss;** von Alfred Schwartz. (Arch. f. Physiol. CXXI. 7. p. 411. 1908.)

Die Versuche wurden an Carabus auratus und Limnaea stagnalis angestellt und führten in beiden Fällen zu dem Resultate, dass Sauerstoffmangel erregbarkeitsteigernd, Sauerstoffüberfluss dagegen deutlich deprimirend wirkt. Dittler (Leipzig).

269. **Ergographische Untersuchungen über den Kniesehnenreflex;** von Dr. Boguslaw Klarfold. (Arch. f. Physiol. CXXI. 7. p. 404. 1908.)

Die Centren für den Kniesehnenreflex scheinen die Fähigkeit zu besitzen, sich „anzupassen", d. h. die Stärke der Impulse, die sie dem Muskel senden, nach der Grösse des Widerstandes, den der Muskel zu überwinden hat, abzustufen.

Bei einem Reizintervall von mindestens 1.5 Sekunden lässt sich eine Ermüdung der Reflexcentren nicht nachweisen (die Versuche wurden allerdings nur bis auf 10 Minuten ausgedehnt). Nach der Ansicht Kl.'s genügt also ein Zeitraum von 1.5 Sekunden zur vollständigen Restitution der Reflexcentren und wäre damit der sogen. Erholungzeit des Muskels analog. Dittler (Leipzig).

270. **Beiträge zur Physiologie der Vogelmuskeln;** von Dr. Eduard Schwarzkopf. (Arch. f. Physiol. CXXI. 7. p. 416. 1908.)

Es ist bekannt (Exner), dass die Brust- und Flügelmuskeln bestimmter Vogelarten (z. B. der Taube) erst bei der sehr frequenten Reizung von 70 Reizungen in der Sekunde einen glatten Tetanus geben. Schw. konnte nun feststellen, dass dieses keine Eigenthümlichkeit ausschliesslich der Fliegmuskulatur ist, sondern dass sich die Laufmuskulatur genau ebenso verhält. Dittler (Leipzig).

271. **Ueber den willkürlichen Muskeltetanus;** von Dr. H. Piper. (Arch. f. Physiol. CXIX. 6—8. p. 301. 1907.)

Von einem Muskel, der sich in willkürlicher Contraktion befindet, sind pro Sekunde constant 47—50 Aktionströme abzuleiten. Die speciellen Verhältnisse der Form, der Grösse und des Rhythmus dieser Stromwellen lassen darauf schliessen, dass ihre Zahl identisch ist mit der Frequenz der in jeder Muskelfaser ablaufenden Contraktionwellen. Nach P.'s Ansicht ist die Zahl dieser Contraktionwellen unmittelbar vorgeschrieben durch die Zahl der Impulse, die beim willkürlichen Muskeltetanus vom Centralnervensystem aus in den Muskel gelangen. Dem Centralnervensystem schreibt P. somit einen Organrhythmus zu, dessen Periode ca. $^1/_{50}$ Sekunde beträgt.

Bei Veränderung der Kraft der Muskelcontraktion ändert sich nicht die Frequenz, sondern nur die Grösse (Amplitude) der abzuleitenden Aktionstromoscillationen. Desgleichen ist die Zahl der einzelnen Schwankungen von der jeweiligen Spannung des Muskels vollständig unabhängig.

Auch die kürzesten willkürlichen Muskelcontraktionen stellen sich als kurze Tetani dar. Die Frequenz der Oscillationen pro Zeiteinheit ist dabei dieselbe wie bei Dauercontraktionen.

Auf Grund dieser Versuchsergebnisse hält es P. nicht mehr für nothwendig, sogenannte „Zeitreize" (von Kries) als den physiologischen Innervationimpulsen zu Grunde liegend zu betrachten.

Dittler (Leipzig).

272. **Ueber die physiologische Natur der Todtenstarre des Muskels;** von Hans Winterstein. (Arch. f. Physiol. CXX. 3—5. p. 225. 1907.)

Der ausgeschnittene Säugethiermuskel bewahrt in Ringer'scher Lösung bei Sauerstoffzufuhr (Druck von 2—4 Atmosphären) seine Erregbarkeit bei Körpertemperatur bis zu 27 Stunden nach der Entfernung aus dem Thierkörper. Bei ausreichender Sauerstoffzufuhr tritt eine Starre überhaupt nicht ein. Diese scheint also eine Erstickungserscheinung zu sein. Wurde ein Muskel einmal unter den beschriebenen Bedingungen gehalten, bis er seine Erregbarkeit verloren hatte, so war auch durch Entfernung aus der Salzlösung sein Starrwerden nicht mehr zu erhalten.

Beginnende Todtenstarre kann durch die obige Behandlung gehemmt werden; ist sie aber einigermaassen ausgebildet, so kann ihr kein Einhalt mehr geboten werden.

Die Wärmestarre des Froschmuskels wird durch die Anwesenheit von reichlichem Sauerstoff nicht beeinflusst.

Ausserhalb der Ringer'schen Lösung verliert der Säugethiermuskel seine Erregbarkeit, auch wenn Sauerstoff im Ueberflusse vorhanden ist, in relativ kurzer Zeit. Durch Eintauchen in Na-Cl oder besser Ringer-Lösung vermag er sie bald wiederzugewinnen. Isotonische Traubenzuckerlösung übt diese Wirkung *nicht*. Vor Allem scheint also das Natrium an dem Stoffwechsel des Muskels theilzunehmen. Dittler (Leipzig).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

273. **Ueber die praktische Bedeutung der Opsonine**; von Dr. Jürgens. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 13. 1908.)

Nach Darlegung der Wright'schen Theorie und Methode bespricht J. kritisch deren praktische Verwerthbarkeit, vor deren Ueberschätzung er warnt. Gewiss lassen manche nach Wright Behandelte eine Besserung erkennen, doch ist der englische Arzt den Beweis dafür noch schuldig geblieben, dass diese Besserung durch veränderte Opsoninbildung zu Stande kommt. Den Werth der Bestimmung des opsonischen Index als eines diagnostischen Hülfsmittels lässt J. für den Fall vorsichtiger und kritischer Verwerthung gelten.

Löhlein (Leipzig).

274. **Ueber die „Antifermentreaktion" des Blutes und ihre Beziehungen zur opsonischen Kraft bei akuten Infektionskrankheiten**; von Dr. Wiens. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 53. 1907.)

Der Vergleich seiner eigenen Ergebnisse über die „Hemmungskraft" des Blutes bei akuten Infektionkrankheiten (vgl. frühere Referate) mit den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen der opsonischen Kraft des Blutes unter gleichen Bedingungen führt W. zu dem „Schluss", dass die Schwankungen beider Werthe „in einem reciproken Verhältnisse zu stehen scheinen". W. hat bisher „Antifermentreaktion" und Bestimmung des opsonischen Index in einem und demselben Falle nicht vornehmen können. Löhlein (Leipzig).

275. **Ueber Anaphylaxie**; von Dr. R. Doerr. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 13. 1908.)

D. giebt (im Wesentlichen in historischer Darstellung) ein sehr klares, kritisches Referat über Entwickelung und heutigen Stand des Anaphylaxie-Problems, das zur Einführung in dieses ebenso theoretisch interessante, wie (mit Rücksicht auf die Serotherapie) praktisch wichtige Gebiet vorzüglich geeignet ist. Löhlein (Leipzig).

276. **Ueber passive Ueberempfindlichkeit**; von Dr. N. Friedmann. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 49. 1907.)

Fr. kommt zu ähnlichen Ergebnissen wie kurz vor ihm Otto. Auch ihm ist es gelungen, die „Anaphylaxie" durch Injektion des Serum überempfindlicher Meerschweinchen auf andere Thiere der gleichen Art zu übertragen, und zwar traten charakteristische Erscheinungen nur auf, wenn die Injektion des Pferdeserum erst einen Tag *nach* derjenigen des anaphylaktischen Serum erfolgte. Uebertragung der Tuberkulinüberempfindlichkeit auf gesunde Meerschweinchen gelang dagegen nicht.

Löhlein (Leipzig).

277. **Immunisirung per os**; von Prof. K. Wolf in Tübingen. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 6. 1908.)

W. fütterte Mäuse längere Zeit mit lebenden avirulenten Paratyphus B-Culturen und fand sie dann zum Theil immun gegen eine nachträgliche Infektion per os mit virulenten Mäusetyphusbacillen, der Controlmäuse ausnahmelos erlagen. Subcutane Injektion von Paratyphus B-Bacillen hatte keinen gleichen Erfolg; eben so wenig Fütterung mit Paratyphus A oder Typhusbacillen.

Löhlein (Leipzig).

278. **Immunisirung der Muriden durch Fütterung mit Wuth- und mit normaler Nervensubstanz gegen die nachfolgende subcutane Infektion von Strassenvirus**; von Prof. Claudio Fermi. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 2. p. 221. 1908.)

Sowohl die Verfütterung von Wuthnervensubstanz, als auch die von gesunder Nervensubstanz erzeugt bei Mäusen eine sichere Immunisirung gegenüber Einspritzungen von Strassenvirus.

Dippe.

279. **Vergleichende Untersuchungen über den Complementbestand im Körper natürlich und künstlich ernährter Thiere**; von Dr. A. Heimann. (Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 50. 1908.)

Aus Versuchen an Hunden und Kaninchen schliesst H., dass bei den künstlich (mit der Flasche) ernährten Thieren der „aktuelle und potentielle Complementbestand" geringer ist, als bei den natürlich ernährten. Dippe.

280. **Sur le pouvoir absorbant du gros intestin vis-à-vis des toxines, des antitoxines, des matières albuminoïdes et des microbes**; par les DDr. A. Calmette, M. Breton, G. Petit, L. Petit, L. Massol, J. Minet et G. Fornario. (Echo méd. du Nord. XII. 6. Févr. 9. 1908.)

I. Sur l'absorption de la tuberculine par le rectum; par A. Calmette et M. Breton.

Tuberkulin, per rectum einverleibt, erzeugt beim tuberkulösen Menschen die gleiche febrile Reaktion, wie nach subcutaner Injektion; wird also absorbirt. Bei tuberkulösen Individuen, bei denen kürzlich die Ophthalmoreaktion geprüft wurde, kehrt diese Reaktion nach rectaler Beibringung von Tuberkulin wieder.

II. Passage de la toxine et de l'antitoxine tétaniques à travers la muqueuse du gros intestin: par Broton et G. Petit.

Das Tetanustoxin wird durch die Mikroben des Dickdarmes beim Meerschweinchen grösstentheils verändert oder zerstört, und wird nur zu einem sehr kleinen Theile durch die Dickdarm-Schleimhaut resorbirt; hingegen wird das Tetanus-Antitoxin leichter resorbirt.

III. Sur l'absorption du venin de cobra et de son antitoxine par la muqueuse du gros intestin; par M. Breton et L. Massol.

Das Cobra-Gift wird vom ausgewachsenen Meerschweinchen durch die Dickdarm-Schleimhaut sehr rasch absorbirt; das Cobra-Antitoxin hingegen schwerer, so dass man ein Meerschweinchen auf diesem Wege nur schwer immunisiren kann.

IV. Sur l'absorption des albumines en nature par le gros intestin; par Léon Petit et Jean Minet.

Natürliches Eiweiss wird von der Dickdarm-Schleimhaut gut resorbirt (bestimmt mit Hülfe der Präcipitine).

V. Vaccination contre la peste par voie digestive et par voie rectale; par Giuseppe Fornario.

Ratten, Kaninchen und Meerschweinchen können unter gewissen Bedingungen vom Magen oder Rectum aus durch Einbringung virulenter Pestculturen gegen Pest immunisirt werden. Riebold (Dresden).

281. **Ueber die Erzeugung von Antikörpern durch rectale Einverleibung der Antigene und über die Resorption rectal eingebrachter Antikörper;** von Dr. Carl Sternberg. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20. 1908.)

Pferde- oder Rinder-Eiweiss, bez.-Serum, Kaninchen per rectum beigebracht, bewirkt keine Präcipitinbildung im Blute; wohl aber bilden sich nach Einspritzungen von Typhusbacillen in den Darm im Blute Agglutinine. Das Kaninchenrectum nimmt also agglutinogene Substanzen auf, präcipitinogene nicht. Rectale Injektionen von Diphtherietoxin riefen bei Kaninchen keine Antikörperbildung hervor, Diphtherieheilserum wurde augenscheinlich nicht resorbirt. Dippe.

282. **Ueber das Verhalten des jugendlichen Organismus gegen artfremdes Eiweiss und über seine Fähigkeit, Antikörper zu bilden;** von Dr. Leopold Moll. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 1. p. 1. 1908.)

M. hat gefunden, dass junge Wesen gegen artfremdes Eiweiss sehr viel weniger empfindlich sind, als erwachsene, und dass sie dementsprechend sehr viel geringer darauf reagiren. Damit fallen die übertriebenen Hypothesen, die man auf Grund der Lehre von der Artfremdheit in der Säuglingsernährung aufgestellt hat.

Auch gegenüber bakteriellen Reizen reagirt das junge Thier sehr viel schwächer, als das erwachsene, es bildet wesentlich weniger Antikörper. Dippe.

283. **Zur Frage der Specificität der Organ-Antigene;** von Albert Schütze. (Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 383. 1908.)

Sch. suchte festzustellen, „ob es auf dem Wege der Complementbindung gelingt, einzelne derselben Art angehörende Organe von einander zu differenziren und ob diese Organe der gleichen Species specifische Antigene darstellen oder nicht". Geprüft wurden Schilddrüse, Niere, Nebenniere, Hode, Nebenhode, Milz und Pankreas vom Hammel. Die Ergebnisse waren trotz einiger interessanter Einzelheiten im Ganzen unbefriedigend. „Es ist also bisher an den von uns gewählten Antigenen nicht geglückt, mittels der Methode der Complementfixation, welche z. B. C. Bruck mit Erfolg zur Unterscheidung von Affenblut- und Affenspermaflecken benutzen konnte, und welche hinsichtlich der Diagnose der syphilitischen Erkrankungen der Klinik bereits schätzenswerthe Dienste geleistet hat, in ihren Funktionen wichtige und zum Theil recht verschiedene Organe durch immunisatorische Behandlung von Hund und Kaninchen mit ihren Zellenelementen biologisch in constanter und wiederkehrender Weise von einander zu differenziren."

Dippe.

284. **Zur Kenntniss der baktericiden Eigenschaft der Pyocyanase;** von Dr. H. Raubitschek und Dr. V. Russ. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 8. 1908.)

Die interessante Mittheilung gipfelt darin, „dass aus der Pyocyanase ein Lipoid durch entsprechende Behandlung zu gewinnen ist, das sich durch hohe bakterieide Kraft auszeichnet ..., dass die keimabtödtende Eigenschaft der Pyocyanase auf die Gegenwart dieses Lipoids zurückzuführen und dass die Erklärung, die bakteriolytische Wirkung der Pyocyanase beruhe auf Enzymwirkung, nicht mehr aufrecht zu erhalten ist." Löhlein (Leipzig).

285. **Ueber die Wirkung subcutaner Pyocyanaseinjektionen;** von Dr. O. Kren. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 8. 1908.)

K. beschreibt eine nach subcutaner Injektion von Pyocyanase (0.3 ccm des concentrirten, bez. in verschiedenen Verhältnissen bis 1:20 verdünnten Präparates) beim gesunden Menschen regelmässig auftretende, an Erysipel erinnernde Dermatitis von charakteristischem Verlaufe, die *ohne* nennenswerthe Allgemeinerscheinungen einhergeht, wie er gegenüber Bermbach betont. Löhlein (Leipzig).

286. **Ueber die antitoxische Funktion und Eiweiss;** von Dr. N. Much. Nach gemeinschaftlichen Versuchen mit Dr. Noppich. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 52. 1907.)

M. berichtet über vergleichende quantitative Antitoxinbestimmungen im Blute von Säuglingen, die mit antitoxischer Muttermilch ernährt waren. 2 erhielten die Mutterbrust, nachdem der Mutter Antitetanus-Pferdeserum subcutan injicirt war; der 3. erhielt die zuvor abgenommene Muttermilch in der Flasche, nachdem ihr jetzt erst tetanusantitoxinhaltiges Pferdeserum zugesetzt war. Im Serum aller 3 Säuglinge war Antitoxin nachweisbar, bei Nr. III aber in ganz erheblich geringeren Mengen, als bei I und II. Die Molken der Milch der Mütter von I und II enthielten (zwar Antitoxin, aber) *kein Pferdeeiweiss* (negativer Ausfall der Präcipitation-

reaktion, wie auch der Untersuchung mittels des Complementablenkungsverfahrens). In der Milch eines Kaninchens, das mit antitoxinhaltiger Frauenmilch vorbehandelt war, war wohl Antitoxin, aber weder Pferde-, noch Menscheneiweiss nachzuweisen.

Löhlein (Leipzig).

287. **Antikörperbildung nach experimenteller Schädigung des hämatopoëtischen Systems durch Röntgenstrahlen**; von Dr. E. Benjamin und Dr. E. Sluka. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 10. 1908.)

B. u. Sl. studirten die Bildung specifischer Präcipitine an röntgenisirten Kaninchen und vermissten die Reaktion entweder ganz oder bis auf Spuren; das Verschwinden des injicirten Fremdeiweisses aus der Blutbahn zeigte sich erheblich verzögert.

Eine Störung der Antikörperbildung wurde vermisst, wenn zuerst die Antigeninjektion, 4 Tage darauf die Bestrahlung vorgenommen wurde.

Löhlein (Leipzig).

288. **Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten röntgenisirter Thiere gegen bakterielle Infektionen unter besonderer Berücksichtigung der Bildung specifischer Körper**; von Dr. A. Läwen. (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 141. 1908.)

Bei der bekannten Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Organe der Blutbereitung ist anzunehmen, dass sie den Körper in seinem Schutze und seiner Widerstandskraft gegen Infektionen wesentlich beeinflussen. L. bestrahlte seine Thiere vor oder nach der Infektion. Er berücksichtigte ähnliche anderweite Untersuchungen und glaubt als Wichtigstes Folgendes sagen zu können: „Es gelingt auch nach lange ausgedehnten Röntgenbestrahlungen von Thieren und nach einer dadurch bewirkten Zerstörung eines erheblichen Theiles der Leukocyten nicht, die baktericide Kraft des Serums der Thiere irgendwie zu verändern. Bei der Auflösung der Leukocyten durch die Röntgenstrahlen im Blute und in künstlich geschaffenen Anhäufungen werden keine bakterieiden Endoenzyme frei, die sich in ihrer Wirkung zu der der Serumalexine addiren könnten. Dementsprechend erwies sich die Resistenz ausgiebig röntgenisirter Thiere (Mäuse, Meerschweinchen, Ratten) gegen verschiedene Bakterien immer herabgesetzt. Die Leukocyten verhielten sich bei den röntgenisirten Thieren wie bei normalen. Wenn die Bestrahlung nicht zu lange ausgedehnt war, folgte auf die Infektion mit geeigneten Bakterien in der Regel noch eine relative Leukocytose, die in einer Vermehrung der polymorphkernigen Leukocyten bestand. Nur bei vorhergehender, sehr ausgedehnter Röntgenisirung fielen die Leukocytenzahlen nach der Infektion ziemlich rasch zum Nullwerth ab.

Während die Röntgenstrahlen keine Wirkung auf die Normalagglutinine zeigten, wird die Bildung der specifischen, auf die Infektion hin gebildeten Agglutinine und wahrscheinlich, wenn auch im geringeren Grade, der specifischen Bakteriolysine bei röntgenisierten Thieren wesentlich gehemmt. Bei einigen Thieren blieb die Agglutininbildung ganz aus. Aus den Versuchen wurde der Schluss gezogen, dass als Bildungsstätte der specifischen Agglutinine die blutbereitenden Organe und in ihnen die mit der Leukocytenbildung im Zusammenhang stehenden Zellgruppen anzusehen sind."

Dippe.

289. **Untersuchungen über Complementbindung bei Recurrenserkrankungen des Menschen und experimenteller Recurrens-Spirochätose der Mäuse und Ratten**; von Prof. W. Kolle u. Dr. P. Schatiloff. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 27. 1908.)

„Die von uns ermittelten Thatsachen zeigen also die Brauchbarkeit der Complementbindungsmethode nicht nur für die Differenzirung der verschiedenen Typen der Recurrensspirochäten mittels menschlichen Immunserums, sondern auch für die nachträgliche Diagnose der Krankheit beim Menschen. Von Wichtigkeit, auch für die Theorie und das Verständniss der Syphilisreaktion, ist ferner die Thatsache, dass bei experimentell mit Spirochäten inficierten Mäusen und Ratten, Thierarten, bei denen Recurrens als spontane Krankheit nicht vorkommt, complementbindende Stoffe trotz zahlreicher Versuche nicht nachgewiesen werden konnten. Die Vermehrung der Spirochäten im Körper dieser Thiere kann bei der ersten Infektion eine sehr starke sein, während die Krankheitserscheinungen nicht dementsprechend stürmische sind. Beim Menschen waren während des ersten und zweiten Rückfallfieberanfalles die complementbindenden Stoffe gleichfalls nicht nachweisbar, wohl aber nach Ablauf von mindestens zwei Anfällen. Bei Syphilis des Menschen und Affen treten die complementbindenden Stoffe bekanntlich sehr bald nach der Infektion auf und oft noch vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen. Unseren weiteren Untersuchungen, die aus Mangel an Material bisher nicht ausgeführt werden konnten, muss die Feststellung vorbehalten bleiben, ob hier ein gesetzmässiges Verhalten für das Auftreten der complementbindenden Stoffe beim menschlichen Rückfallfieber vorliegt. Es ist ferner zu prüfen, ob diese Methode prognostisch zu verwerthen ist bezüglich des Auftretens neuer Anfälle; denn die klinischen Merkmale lassen für die Voraussage neuer Anfälle im Stich.

Das Fehlen der complementbindenden Antikörper im Serum von Ratten, das Schutzwirkung gegenüber der experimentellen Recurrens entfaltet, spricht für die auch bei anderen Krankheiten und ihren Erregern gemachte Annahme, dass die com-

plementbindenden Stoffe Antikörper sui generis sind. Mit der Auffassung, dass die complementbindenden Antikörper von den baktericiden und bakteriotropen Substanzen zu trennen sind, steht auch die Thatsache im Einklang, dass das Serum von syphilitischen Menschen und Affen trotz seines Gehaltes an complementbindenden Antikörpern keine Schutz- oder Heilstoffe enthält." Dippe.

290. **Weitere Beobachtungen über Atoxylfestigkeit der Trypanosomen;** von A. Breinl und M. Nierenstein. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 27. 1908.)

Die Atoxylfestigkeit der Trypanosomen besteht nur für die Species von Thieren, in deren Vertretern sie erworben wurde. Dieser Species gegenüber bleibt sie auch für lange Zeit (7 Monate) erhalten, trotz Passage durch andere Thiere. Dippe.

291. **Veränderungen an Nagana-Trypanosomen durch Igelpassage;** von F. Fellmer. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 6. p. 512. 1907.)

In dem sehr für Nagana-Trypanosomen empfindlichen Igel verändern sich die Parasiten in Form und Virulenz. Letztere wird abgeschwächt, so dass die Trypanosomen Meerschweinchen nicht mehr inficiren. Bei Mal de Caderas war das Gleiche nicht der Fall. Immunisirungversuche waren erfolglos. Walz (Stuttgart).

292. **Trypanosomiases humaine et animale dans l'Ubangi;** von J. Redhain. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XI. 9. p. 283. 1907.)

Sowohl die Glossina palpalis als die fusca kommt in Ubangi vor. R. hat einen Fall von Schlafkrankheit bei einem Europäer beobachtet. Beim Rind, Schaf und Hund kommt anscheinend in ganz Centralafrika das trypanosoma Duttoni vor. Walz (Stuttgart).

293. **Les trypanosomiases animales de la basse-côte d'ivoire;** par G. Bouet. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 6. p. 468. 1907.)

B. ist es zum ersten Male gelungen, die vermuthete Uebertragung des Trypanosoma dimorphon durch die Glossina palpalis experimentell auf einen Hund nachzuweisen. Walz (Stuttgart).

294. **Contribution à l'étude de la culture de Treponema pallidum;** par C. Levaditi et J. Mc Intosh. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 10. p. 784. 1907.)

Nach vielen vergeblichen Versuchen konnten L. u. I. in Collodiumsäckchen in der Bauchhöhle von Affen eine Spirochäte aus syphilitischen Produkten, jedoch nicht in Reincultur, züchten, die die grösste Aehnlichkeit mit der Sp. pallida hatte, aber nicht pathogen war. Sie glauben, dass es sich um eine avirulente Varietät handelt, die ihre Pathogenität durch die veränderten Lebensbedingungen und die Unreinheit der Culturen verloren habe. Walz (Stuttgart).

295. **Etude expérimentale sur l'association du Spirille de la Tick-fever et de divers trypanosomes;** par R. Trautmann. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 10. p. 808. 1907.)

Die Mischinfektion von Spirillen und Trypanosomen ändert den Krankheitverlauf der Einzelinfektionen. Im Allgemeinen treten jedes Mal mit dem Erscheinen der Spirillen die Trypanosomen zurück, so dass die Thiere bei Mischinfektion erheblich länger leben. Impft man subcutan die Spirillen des Tick-Fiebers einen Tag nach der Impfung mit Trypanosomen der Nagana, so wird der Verlauf der letzteren am günstigsten beeinflusst. Walz (Stuttgart).

296. **Ueber Complementablenkung und Lecithinausflockung;** von Dr. M. von Eisler. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 13. 1908.)

Die meisten thierischen Sera, sowohl solche von vorbehandelten, als auch solche von normalen Thieren, sind nach v. E.'s Befunden im Stande, Lecithin auszuflocken: ferner fand v. E. die gleiche Reaktion 20mal positiv unter 23 untersuchten Seris tuberkulöser Menschen, sowie in einigen Fällen anderer Art. — Andererseits ergaben ausgedehnte Untersuchungen von thierischen (präcipitirenden und normalen) und von menschlichen Seris (gerade auch von Tuberkulösen) nie positiven Ausfall der Wassermann'schen Reaktion, wenn nicht Syphilis vorlag; die letztere Reaktion ist also specifisch, die Lecithinreaktion nicht. Löhlein (Leipzig).

297. **Specifische Niederschläge bei Lues, Tabes und Paralyse;** von Dr. Fornet, J. Schereschewsky, Dr. Eisenzimmer und Dr. Rosenfeld. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 41. 1907.)

Die Verf. bringen sehr eingehende Angaben über die Methodik des von ihnen mitgetheilten Verfahrens zum Nachweis von Lues-Präcipitinogenen und -Präcipitinen im Serum. Verwendung vollkommen klarer Sera, tadelloser Ausfall der Schichtung, Untersuchung von 3 Verdünnungen beider Reagentien (1:1, 1:5, 1:10) und Anstellung der nöthigen Controlen (beide Reagentien sind gegen Normalserum auf etwaige Präcipitatbildung hin zu prüfen) sind die wichtigsten Bedingungen für das Gelingen der Probe. Die Reaktion tritt sofort oder, bei Zimmertemperatur, innerhalb 2 Stunden ein.

Mittels der Methode konnten F. und seine Mitarbeiter bei syphilitischen Erkrankungen „in der grossen Mehrzahl der Fälle Präcipitinogene nachweisen, und zwar immer, wenn gleichzeitig Spirochäten gefunden waren" ... „Präcipitine dagegen wurden bei wenig ausgeprägten Krankheitsymptomen und nach erfolgter Heilung beobachtet". Die parasyphilitischen Erkrankungen wiesen meistens Präcipitin auf. Löhlein (Leipzig).

298. **Ueber die Immunisation gegen das Diphtherietoxin;** von R. Nedrigaileff und Dr. Ostrjanin. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 6. p. 558. 1907.)

Die Immunisirung der Pferde gegen das Diphtherietoxin nach der in Russland üblichen conservativen Methode mit sehr kleinen, keine Reaktion hervorrufenden subcutanen Dosen, giebt sehr gute Resultate und liefert grosse Quantitäten von Antitoxin. Die Menge des letz-

teren steht in keinem Verhältniss zur Menge des eingespritzten Toxins. Das Verfahren sollte auch bei anderen Seren angewendet werden. Walz (Stuttgart).

299. **Neue Versuche über den Nachweis des Toxins in dem Blute des Diphtheriekranken;** von Dr. A. Uffenheimer. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 52. 1907.)

Gegenüber C. Fraenkel hält U. auf Grund seiner neuen Untersuchungen in 25 Diphtheriefällen die Angaben einer früheren Publikation aufrecht, wonach in einem nicht unerheblichen Procentsatz der einschlägigen Fälle (damals 6 von 14, jetzt 9 von 23 sichergestellten) das Serum der Patienten Toxin in einer Menge enthält, die hinreicht, um nach subcutaner Injektion weniger Cubikcentimeter beim Meerschweinchen ein charakteristisches Oedem an der Injektionstelle hervorzurufen.

Löhlein (Leipzig).

300. **Die Wirkung der Stauungshyperämie im Thierexperiment;** von Dr. Paul Frangenheim. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 24. 1908.)

„Auf Grund meiner eigenen Versuche möchte ich behaupten, dass im Thierexperiment die Stauungshyperämie nicht baktericid wirkt, wenigstens nicht in nennenswerther Weise, dass es durch frühzeitige oder sofortige Stauung nicht gelingt, Infektionen zu verhüten, dass Knochenmarkeiterungen ausschliesslich und Gelenkeiterungen in dem grösseren Theil der Fälle ungünstig beeinflusst werden. Eine charakteristische Eigenschaft der Stauungshyperämie, die bei der Stauung und Saugung zu beobachten ist, ist die vermehrte Eiterbildung und die Hinterlassung von Infiltraten in der Umgebung der Eiterherde." Dippe.

301. **Beiträge zur Kenntniss der Gicht.** *Das Auftreten von Glykokoll im Blute. Weiteres über das Ausfallen der Urate;* von H. Kionka. (Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 131. 1908.)

K. bestätigt seine frühere Angabe, dass nach Harnsäurezusatz im Blute Glykokoll auftritt. Wahrscheinlich entsteht dieses Glykokoll aber nicht aus der Harnsäure, sondern aus anderen Körpern, vielleicht aus den Kernsubstanzen zu Grunde gehender Zellen.

K. führt dann aus, wie die neueren Forschungen über das Glykokoll eine gewisse Aenderung seiner Anschauung vom Wesen der Gicht bedingen. An der Grundauffassung, dass es sich bei der Gicht um quantitative und qualitative Störungen von für den Körperabbau wichtigen Fermentvorgängen handele, hält er fest. Dippe.

302. **Ueber experimentell erzeugte Lebercirrhose;** von Dr. Fischler. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 4. p. 427. 1908.)

F. führt aus, wie man aus Farbstoffveränderungen in der Galle (aus dem Auftreten von Urobilin und Urobilinogen an Stelle des Bilirubins) Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit des Leberparenchyms machen kann, und berichtet dann über Versuche mit Phosphor und einem Gemische aus Aethyl- und Amylalkohol.

Sicherlich ist bei der Vergiftungscirrhose der Schwund des Parenchyms das Erste, die Bindegewebewucherung die Folge. Augenscheinlich setzt der Beginn der Cirrhose mit dem Auftreten deutlicher Funktionstörungen ein. Es kann ein Stillstand, eine Art von Ausheilung eintreten. Mit der Andauer der Schädigung geht die Cirrhose weiter. Daneben giebt es wohl sicher auch Cirrhosen, bei denen die Bindegewebewucherung das Erste ist.

Dippe.

303. **Ricerche comparative ed istochimiche nella cirrosi ipertrofica pigmentaria e nel morbo di Addison;** per il Dott. Landolfi e G. Severino, Napoli. (Rif. med. XXIII. 45. 46. p. 1231. 1259. 1907.)

Von den eingehenden Untersuchungen verdient besonders hervorgehoben zu werden, dass es gelang, Eisen im Pigment des *Morbus Addisonii* nachzuweisen. Bei dem Pigment der *Cirrhosis hypertrophica pigmentaria* (Bronze-Diabetes) war die Eisenreaktion nicht immer positiv. L. u. S. kommen zu dem Schlusse, die Cirrhosis hyp. pigm. als eine toxische Infektionkrankheit aufzufassen, die sich auf Milz und Darmkanal lokalisirt. Die erzeugten Gifte wirken dann auf die einzelnen Organe. So rührt von ihrer Wirkung auf die Leber die Cirrhose her, von der auf das Pankreas der Diabetes, von der auf das Blut die Hämatochromatosis. Die Wirkung auf die Nebennieren zeigt sich in Diabetes und Pigmentirung, und je stärker die Läsion der Nebennierenrinde ist, desto mehr ähnelt das Bild der Krankheit dem Morbus Addisonii.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

304. **Zur Kenntniss der congenitalen Nebennierenlues.** *Zugleich ein Beitrag zur Frage der Entstehung isolirter Nebennierentuberkulose;* von Dr. Esser. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 22. 1908.)

E. beschreibt 2 Fälle, in denen die angeborene Lues sich in auffälliger Weise nur an den Nebennieren äusserte. Derartige Fälle sind nicht ganz selten, sie legen den Gedanken nahe, dass es sich auch bei der bekannten isolirten Nebennierentuberkulose (Addison'sche Krankheit) um angeborene Zustände handelt. Dippe.

305. **Ueber Lymphdrüsenbefunde bei congenitaler und postfötaler Lues;** von Dr. Julius Bartel und Dr. Robert Stein. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20. 1908.)

Die Untersuchungen ergaben in den Lymphdrüsen Veränderungen, wie sie auch bei anderen Infektionen vorkommen. Dippe.

306. **Die Einwirkung menschlicher Lymphe auf den Tuberkelbacillus;** von Dr. Ernst Moro und Dr. Albert Uffenheimer. (Arch. f. Hyg. LXVI. 3. p. 273. 1908.)

Diese Einwirkung ist nach den Untersuchungen M.'s u. U.'s eine sehr geringe. Die Lymphe ist bei verschiedenster Anwendung in vitro nicht im Stande, die Tuberkelbacillen in ihrer Virulenz irgendwie erheblich zu schädigen. Da nach Bartol und Neumann auch der Phagocytose durch die Lymphocyten den Tuberkelbacillen gegenüber keine grosse Bedeutung zukommt, muss es sich bei der doch zweifellos im Lymphsysteme gegebenen Schutzvorrichtung noch um besondere Vorgänge handeln. Dippe.

307. **Beitrag zur Tuberkulose der Placenta;** von W. Carl. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLI. 3. p. 611. 1907.)

Mittheilung eines Falles von Placentatuberkulose, die sich an eine Endometritis tuberculosa angeschlossen und auch auf den fötalen Theil der Placenta übergegriffen hatte. Die Mutter starb an tuberkulöser Meningitis. In den Organen des 7monat. Foetus waren keine Bacillen nachweisbar, auch Impfungen blieben erfolglos. Durch Thrombose des Astes der Nabelschnurvene war offenbar eine Einschwemmung der Bacillen verhindert worden.
Versé (Leipzig).

308. **Nouvelles considérations sur le mécanisme et la valeur spécifique de l'oculoréaction à la tuberculine;** par Fernand Arloing, Paris. (Société de Biol., Séance du 2. Mai 1908.)

A. hat bei 2 Pferden, die seit mehr als 12 Jahren zur Herstellung antidiphtherischen Serums dienen, positive Ophthalmoreaktion mit Tuberkulin feststellen können. Auch Thiere, die mit tetanischem Toxin imprägnirt sind, zeigen positive Augenreaktion und es ist dieses ein Beweis dafür, dass diese Reaktion nicht etwas absolut Specifisches für Tuberkulose ist, sondern dort auftritt, wo der Körper vaso-dilatatorische Toxine enthält. Je stärker diese Imprägnirung ist, um so deutlicher ausgesprochen ist auch die Oculoreaktion mit Tuberkulin, bei gänzlichem Fehlen tuberkulöser Erkrankungen.
E. Toff (Braila).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

309. **Ueber Beziehungen des Antitoxingehaltes antitoxischer Sera zu deren Heilwerth;** von Prof. R. Kraus. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28. 1908.)

Kr. bezweifelt die Richtigkeit der zur Zeit üblichen Einschätzung „hochwerthiger" Sera. Bei dem Diphtherieserum bestehen augenscheinlich zwischen Antitoxingehalt und Heilwerth keine festen Beziehungen. Das hochwerthige (300-, 600fache) steht an Heilwirkung dem minderwerthigen (100-, 150fachen) nach. Kr. stellt folgende Sätze auf: „Der Heilwerth eines Serums, i. e. Avidität, scheint von der Zu- oder Abnahme der Antitoxinmenge während der Immunisirung unabhängig zu sein. Die Avidität der antitoxischen Sera ist eine principielle Eigenschaft des Antitoxins und soll bei der Werthbemessung berücksichtigt werden. Die bisherige Werthbemessung nach Ehrlich zeigt in ausgezeichneter Weise die Menge der Antitoxine an, berücksichtigt aber nicht den Heilwerth eines Serums." Dippe.

310. **Toxicité des sérums thérapeutiques, sa variabilité et son dosage;** par le Dr. Besredka. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 10. p. 717. 1907.)

Die Giftigkeit therapeutischer Sera lässt sich durch intracerebrale Injektion bei sensibilisirten Meerschweinchen dosiren. Es lässt sich so eine Scala für die verschiedenartigsten Sera aufstellen, deren Giftigkeit zwischen $^1/_4$ und $^1/_{128}$ ccm schwankt. Die Toxicität scheint in erster Linie vom Ursprungsorte, sodann von dem Alter abhängig zu sein. Jedes therapeutische Serum muss in den ersten 2 Monaten nach dem Aderlass als giftig angesehen werden. Walz (Stuttgart).

311. **Die Ophthalmoreaktion durch die Paratuberkuline;** von Dr. S. Irimescu in Bukarest. (Revista stiintelor med. 7—8. 1907.)

In einer früheren Arbeit hat Ir. gezeigt, dass man mit verschiedenen Paratuberkulinen, sowohl bei tuberkulösen Menschen, als auch bei Thieren fast identische thermische Reaktionen erhalten kann, wie jene, die man bei Benutzung von wahrem Tuberkulin beobachtet.

Der neue diagnostische Vorgang der Calmette'schen Ophthalmoreaktion hat Ir. versuchen lassen, ob die Paratuberkuline nicht auch auf das Auge in ähnlicher Weise einwirken, wie das Tuberkulin. Die Versuche wurden mit dem Moeller'schen Timotheusbacillus, bez. mit dem entsprechenden, durch 95proc. Alkohol gefälltem Paratuberkulin an 45 sicher tuberkulösen Pat. angestellt und bei 44 fiel die Reaktion positiv aus. Diejenigen, die auf eine Instillation von 1proc. Timothein nicht reagirt hatten, zeigten positive Reaktion bei Benutzung einer 2proc. Lösung. Zu bemerken ist noch, dass fast allo diese Kranke, 2 Monate früher Instillationen von Tuberkulin erhalten hatten und, dass das Auge, das Tuberkulin erhalten hatte, eine viel stärkere Reaktion auf Paratuberkulin darbot, als das Controlauge.

Diese Ergebnisse sind also ein weiterer Grund für die Annahme, dass zwischen Tuberkulinen und Paratuberkulinen eine sehr nahe Verwandtschaft besteht, wenn auch die Untersuchungen zeigen, dass die Paratuberkuline viel weniger aktive Substanzen sind, als die Tuberkuline.
E. Toff (Braila).

312. **Sur l'absorption de la tuberculine par le rectum;** par A. Calmette et M. Breton. (Société de Biol. Paris Févr. 8. 1908.)

C. u. Br. haben sowohl bei Kaninchen und Meerschweinchen, als auch bei Menschen Versuche mit intrarectalen Einspritzungen von Tuberkulin angestellt und sind zu folgenden Resultaten gelangt. Tuberkulöse Personen zeigen nach der intrarectalen Einspritzung von

1 cg Tuberkulin eine gleiche fieberhafte Temperatursteigerung, wie nach einer subcutanen Einspritzung. Bei Tuberkulösen, die vor kurzer Zeit mittels der Ophthalmoreaktion untersucht worden waren, tritt diese wieder auf, nachdem die Resorption des Tuberkulins vom Rectum aus stattgefunden hat. Auch bei Kaninchen und Meerschweinchen ruft die intrarectale Einspritzung von Tuberkulin ähnliche Erscheinungen hervor, wie die subcutane. Grössere intrarectale Einspritzungen oder kleinere, öfters wiederholte, rufen die Erscheinungen einer Vergiftung hervor und führen fast immer zum Tode. E. Toff (Braila).

313. **Du thymol camphré comme agent de fonte des fongosités tuberculeuses;** par le Dr. Risacher. (Thèse de Paris 1907.)

R. giebt eine Beschreibung der in der Abtheilung von Mènard in Berck-sur-Mer angewendeten Injektion tuberkulöser Abscesse. Hierzu wird der Thymolkampher benutzt, den man darstellt, indem man 1 Theil Thymol mit 2 Theilen Kampher mischt und leicht erwärmt. Es bildet sich eine dickliche, in Wasser unlösliche, in fetten Oelen, Alkohol, Aether und Chloroform leicht lösliche Flüssigkeit, von 0.957 specifischem Gewicht. Man spritzt hiervon 2—4 ccm in grössere, 1 ccm in kleinere Abscesse ein, indem man darauf achtet, keine Vene anzustechen und die Flüssigkeit nur unter leichtem Drucke ausfliessen zu lassen. Das Mittel bewirkt eine Verflüssigung der tuberkulösen Fungositäten, ist stark antiseptisch und viel weniger giftig, als das zu demselben Zwecke empfohlene Naphtolum camphoratum. E. Toff (Braila).

314. **Ueber die therapeutische Verwendung leicht löslicher Schlafmittel aus der Veronalgruppe;** von Dr. Ernst Steinitz. (Ther. d. Gegenw. N. F. X. 7. p. 292. 1908.)

Das vortreffliche Veronal hat einen Fehler, seine Schwerlöslichkeit. St. empfiehlt als Ersatz das Mononatriumsalz der Diäthylbarbitursäure, das sich gut in Wasser löst. Vom Magen wird es, wenn er säurefrei ist, in unveränderter Form als leicht lösliches Salz aufgenommen, ganz besonders eignet es sich zur Anwendung per Klysma und bei Bedarf kann es auch unter die Haut gespritzt werden.
Dippe.

315. **Zur Frage der Entgiftung des Chloralhydrats;** von Prof. Ferd. Blumenthal in Berlin. (Med. Klinik IV. 21. 1908.)

Man hat vielfach versucht, das Chloralhydrat durch Verbindung mit anderen Stoffen ungefährlich zu machen. Bl. empfiehlt ein Produkt, das eine Vereinigung darstellt von Trichloralantipyrin, Trimethylxanthin und Carbaminsäurementhylesther, eine dickflüssige, wasserklare, von aromatischem, an Menthol erinnerndem Geschmacke. Als Schlafmittel scheint das neue Präparat nicht allzu wirksam zu sein. Bl. meint aber, dass es ein unschuldiges gutes Beruhigungsmittel sei. Man giebt es in Kapseln je 0.5, 1—2 Stück. Dippe.

316. **Bromural in seiner Eigenschaft als schweisshinderndes Mittel;** von Dr. Th. Runek. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24. 1908.)

Nach R.'s Beobachtungen besitzt das Bromural eine schweisshemmende Wirkung, die zwar verschieden stark, aber bei Anwendung genügender Mengen stets hervortritt. Meist genügen 0.6, welche Dosis in hartnäckigen Fällen allabendlich oder auch öfter in 3—5stündigen Pausen zu wiederholen ist.

Das Bromural scheint aber nicht nur den Schweiss, sondern auch die Absondorungen der Schleimhäute, besonders auch der Bronchialschleimhaut, zu beschränken. Dippe.

317. **Zur Arsenbehandlung der experimentellen Nagana (Tsetse);** von Dr. Weber und Dr. Fuerstenberg. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26. 1908.)

Loeffler und Rühs haben über Dauerheilungen von Nagana bei kleinen Thieren durch arsenige Säure berichtet. W. u. F. konnten diese Angabe bei Versuchen an Ratten mit einem anderen Stamme derselben Trypanosomenart nicht bestätigen. Wohl aber hatten sie auch diesem arsenfesten Stamme gegenüber vollen Erfolg bei gleichzeitiger Anwendung von arseniger Säure und Atoxyl. Augenscheinlich liegt hier noch ein praktisch sehr wichtiges unbekanntes Etwas vor, dessen Aufklärung die Arsentherapie wesentlich verbessern wird.
Dippe.

318. **Untersuchungen über die präventive Wirkung des Atoxyls im Vergleich mit Quecksilber bei der experimentellen Kaninchensyphilis;** von P. Uhlenhuth u. O. Woidanz. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20. 1908.)

Das Atoxyl hat sich bei Affen bereits als ein ausserordentlich sicheres Mittel zur Verhütung der Lues erwiesen und dasselbe stellten U. u. W. auch für Kaninchen fest. Es ist in dieser Beziehung dem Quecksilber weit überlegen.

„Wenn es gelänge, das Atoxyl seiner giftigen Nebenwirkungen auf den menschlichen Organismus zu entkleiden, so wäre es unserer Ansicht nach, im Hinblick auf die Erfahrungen im Thierexperiment ein ideales Mittel zur Behandlung der Syphilis."
Dippe.

319. **Anatomische Untersuchung eines Falles von Atoxylerblindung;** von M. Nonne. (Med. Klinik IV. 20. 1908.)

Der Verlauf war der inzwischen genugsam bekannt gewordene gewesen: allgemeine Vergiftung; in wenigen Tagen völlige Erblindung; keine Besserung nach Aussetzen des Mittels. Anatomisch: „retrobulbäre Neuritis von ziemlich akutem Verlauf, ohne echtentzündliche Erscheinungen, sondern von subakut degenerativem Charakter". Dippe.

320. **Therapeutische Versuche mit intravenösen Injektionen von Sublimat bei Syphilis;** von Dr. Alexius Spatz. (Wien. med. Wchnschr. LVIII. 23. 1908.)

Die Versuche wurden im Garnisonspitale zu Budapest angestellt. Als höchste Dosis wurden auf einmal 14 mg Sublimat eingespritzt. Die Einspritzungen wurden in 3tägigen Pausen vorgenommen. Kein Eiweiss oder Zucker im Harne, keine Durchfälle. Wenn die Einspritzung gut gelingt

entstehen keine Schmerzen. Geräth die Masse in die Venenwand und das umliegende Gewebe, so treten heftige Schmerzen, Schwellungen, Thrombosen ein. Wirkung augenscheinlich sehr kräftig. In schweren Fällen und bei guten Venen hält Sp. diese Art der Behandlung für erlaubt. Dippe.

321. **Beitrag zur Quecksilberausscheidung nach Thiopinolbädern bei Schmierkur;** von Dr. G. Diesselhorst. (Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 170. 1908.)

D. bestätigt die Angabe, dass durch Schwefelbäder die Quecksilberausscheidung während einer Schmierkur wesentlich herabgesetzt wird. Dippe.

322. **Ueber den Einfluss der Schilddrüsendarreichung auf den Stoffwechsel von Kindern;** von Dr. Arnold Orgler. (Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 1. 1908.)

O. bestätigt die Angaben von Gregor, dass auch grosse Schilddrüsenmengen bei Kindern Allgemeinbefinden, Puls und Athmung nicht beeinflussen, das Körpergewicht nur in einem Theile der Fälle verändern; dass aber stets wie bei Erwachsenen auch eine nicht unbeträchtliche „negative Stickstoffbilanz" eintritt. Dippe.

323. **Der Phosphorleberthran in der Therapie der Rhachitis.** *Sein Einfluss auf den Kalkstoffwechsel;* von Dr. J. A. Schabad. (Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. 1908.)

Der Phosphorleberthran übt auf den Kalkstoffwechsel gesunder Kinder keinen Einfluss aus, bei Rhachitis erhöht er die Kalkretention. In dieser schon wenige Tage nach der Darreichung auftretenden und Monate lang über die Darreichung hinaus anhaltenden Wirkung liegt der Grund der bekannten Erfolge. Und zwar scheinen beide, Phosphor auch Leberthran, in dieser Richtung zu wirken. Dippe.

324. **Phytin und Chininphytin;** von Dr. Streffer. (Therap. Neuheiten April 1907.)

Ueber einige praktische Erfahrungen mit „Phytin", speciell bei sexueller Schwäche; von Dr. Peters. (Allg. med. Centr.-Ztg. 9. 1908.)

Zwei Empfehlungen des Phytin. Ueberall da, wo überhaupt Phosphor angezeigt ist, oder wo man auf das Allgemeinbefinden und im Besonderen auf die Nerven kräftigend einwirken will, ist das Mittel einen Versuch werth. Dippe.

325. **Zur Asthmaentstehung und -behandlung;** von Prof. A. Moeller. (Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. 1908.)

M. empfiehlt das *Jodglidine*, von dem er 2 Tage lang 1—2 Tabletten, am 3. und 4. Tage je 3 Tabletten in Milch nach den Mahlzeiten giebt. Dann Pause von 3 Tagen und wenn nöthig Wiederholung. Dippe.

326. **Ein neues Asthmainhalations-Zerstäubungsmittel;** von Dr. Friedmann in München. (Aerztl. Rundschau 13. 1908.)

Das neue Mittel hat in der Hauptsache die gleiche Zusammensetzung wie das bekannte „Tucker"-Präparat, dessen Wirksamkeit für manche Fälle unbestritten ist: Cocain, Atropin, Extr. Belladonnae, Tinct. Lobeliae u. s. w. Es wird vom Apotheker *Schöllkopf* in München (nebst Zerstäuber) hergestellt und abgegeben. Fr. rühmt die Wirkung stark. Dippe.

327. **Action de la créosote sur l'intestin;** par le Dr. Kasai. (Belg. méd. XV. 24. Juin 11. 1908.)

Kreosot, Gaiacol, Créosol erregen bei verschiedenen Thieren in sehr verschiedener Stärke, am stärksten und schnellsten nach Einspritzung in die Venen, peristaltische Bewegungen am Darme, namentlich am oberen Jejunum. Die Wirkung wird weder durch Atropin, noch durch Morphium beeinflusst. Gleichzeitig geht der Blutdruck in die Höhe, diese Wirkung kann aber durch Morphium aufgehoben werden ohne Beeinträchtigung der peristaltischen Wirkung. Letztere zeigte sich auch bei curarisirten Thieren und bei künstlicher Athmung. Auch Uteruscontraktionen scheint das Kreosot anzuregen. Dippe.

328. **Die Wirkung des Tannins auf Resorption und Sekretion des Dünndarms;** von Dr. Ernst Frey. (Arch. f. d. ges. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 491. 1908.)

Sowohl bei dem künstlich hervorgerufenen Durchfalle der Katze bei reiner Milchnahrung, als bei Durchfall des wie gewöhnlich ernährten Hundes wirkt Tannin stopfend. Auf die Zuckerresorption hat es sicherlich nur einen geringen (fördernden), auf die Kochsalzausscheidung im Dünndarme gar keinen Einfluss. „Auch übt Tanninzusatz keinen Einfluss auf die Wasser- und Kochsalzausscheidung nach Einbringen von concentrirter Glaubersalzlösung aus. Dagegen hindert ein Tanninzusatz (1%) zu 2proc. Sodalösungen die Schleimabsonderung so gut wie vollständig, welche durch Sodalösungen ohne Tanninzusatz ausgelöst wird. Einer 5proc. Sodalösung beigemengt, ist Tannin (1%) wirkungslos." Dippe.

329. **Beiträge zur Kenntniss der Wirkungsweise des Atropins und Physostigmins auf den Dünndarm von Katzen;** von Moritz Unger. (Arch. f. Physiol. CXIX. 6—8. p. 373. 1907.)

Eine durch Physostigmin hervorgerufene Erregung (= Tonussteigerung) der Darmmuskulatur kann jeder Zeit durch Atropin *in viel geringerer Dosis* behoben werden. Ein durch Atropin ruhig gestellter Darm vermag dagegen durch Physostigmin nur dann wieder in Thätigkeit versetzt zu werden, wenn die verabreichte Atropindosis eine bestimmte Grenze nicht überschritten hat. Die Physostigmindosis muss dabei aber stets *eine viel höhere* sein als die des Atropins. Von einer

bestimmten Grösse der Atropindosen an kommt eine Physostigminwirkung *überhaupt nicht mehr* zu Stande.

Der Angriffspunkt *beider* Gifte liegt im Auerbach'schen Plexus. Atropin und Physostigmin sind also Antagonisten im strengsten Sinne.

Dittler (Leipzig).

330. **Der Einfluss des Ricinusöles auf die Verdauungsbewegungen;** von R. Magnus. (Arch. f. Physiol. CXXII. 4—6. p. 261. 1908.)

Wie alle Fette, so kann auch Ricinusöl eine Verzögerung der Magenentleerung bedingen. Sobald jedoch eine Abspaltung der wirksamen Ricinolsäure stattfindet, tritt eine beschleunigte Magenentleerung mit Uebergreifen der peristaltischen Contraktionen vom Pylorus- auf den Fundustheil ein. In vielen Fällen kommt es dadurch zum Erbrechen. Sowohl die Dünndarmbewegungen, als die Defäkationbewegungen des Dickdarmes erfahren unter dem Einflusse des Ricinusöles eine beträchtliche Steigerung. Durch stopfende Morphindosen lässt sich bei Katzen die abführende Wirkung des Ricinusöles *nicht* aufheben. Dittler (Leipzig).

331. **Der Einfluss des Sennainfuses auf die Verdauungsbewegungen;** von R. Magnus. (Arch. f. Physiol. CXXII. 4—6. p. 251. 1908.)

Sennainfus erregt weder die Magen-, noch die Dünndarmbewegungen. Erst wenn sennahaltiger Speisebrei in das Colon tritt, setzt die abführende Wirkung ein. Diese ist nach Fleischfütterung besonders stark. Nach Kartoffelbreifütterung wirkt Sennainfus nicht sicher abführend (Versuche an Katzen). Der Angriffspunkt der Senna liegt nicht im Centralnervensystem, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach in der Dickdarmwand selbst. Die Wirkung der Senna wird durch Beimischung von Bismuthum subnitricum zum Futter nicht beeinträchtigt. Ebenso vermag Morphin die Abführwirkung bei Katzen nicht zu unterdrücken, höchstens zu verzögern. Dittler (Leipzig).

332. **Die stopfende Wirkung des Morphins;** von R. Magnus. (Arch. f. Physiol. CXXII. 4—6. p. 210. 1908.)

Die Hauptwirkung des Morphins auf den Digestionapparat besteht in einer starken Verzögerung der Magenentleerung. Diese wird vor Allem durch eine langdauernde Contraktion der „Magenmitte" (Sphincter antri pylorici) bedingt. Die Nahrung bleibt nämlich, statt gleich in den Pylorustheil überzutreten, stundenlang ($3^1/_2$ bis 8 Stunden) im Fundus ventriculi liegen. Erst wenn die Nahrung zum grössten Theile in die Pars pylorica des Magens übergetreten ist, setzen hier in normaler Weise die peristaltischen Bewegungen ein. Zur völligen Entleerung des Magens sind aber „7 bis 25 (statt 3) Stunden" erforderlich.

Die Verdauungsvorgänge im Dünndarme werden durch die Aenderung der Magenentleerung in entscheidender Weise beeinflusst. Eine direkte Darmwirkung des Morphins tritt demgegenüber völlig zurück. Die Aufenthaltzeit des Speisebreies in den einzelnen Darmabschnitten ist in den meisten Fällen nicht verlängert.

Wird bei schon vorhandener Füllung des Dünndarmes Morphin mit neuer Nahrung gereicht, so wird mitunter eine Verzögerung der Fortbewegung des Chymus vom Dünndarme in das Colon beobachtet. Darin wäre eine Darmwirkung des Morphins, die sonst von der Wirkung auf den Magen verdeckt wird, zu erblicken.

Eine völlige „Ruhigstellung" der Bewegungen ist also weder am Magen, noch am Dünn- oder Dickdarme zu beobachten. Abführende Seifenklystiere werden von den morphinisirten Thieren prompt ausgestossen.

Am isolirten überlebenden Dünn- und Dickdarme liessen sich durch entsprechende Morphindosen nur Erregungserscheinungen auslösen.

Dittler (Leipzig).

333. **Beiträge zur Lehre von der Diurese.** *XIII. Ueber die Wirkung des Suprarenins auf die Harnsekretion;* von Dr. Joh. Biberfeld. (Arch. f. Physiol. CXIX. 6—8. p. 341. 1907.)

Nach der subcutanen Injektion von 1.5—2.5 mg Suprarenin pro Kilogramm Kaninchen setzt regelmässig nach $^1/_2$—1 Stunde eine starke Diurese ein. Die Dauer dieser Diurese kann sehr beträchtlich sein (bis über 5 Stunden).

Bemerkenswerth ist es, dass während der Dauer der Wirksamkeit des Suprarenins die NaCl-Ausscheidung auf ein Minimum zurückgehen kann. In der Regel tritt gleichzeitig eine vorübergehende Glykosurie auf. Dittler (Leipzig).

334. **Ueber den Einfluss des Calciums auf die Diurese;** von O. Porges und E. Přibram. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 1. p. 30. 1908.)

Calciumchlorid wirkt in gleicher Stärke diuretisch wie Kochsalz. Die Wirkung fällt aus bei Mengen, in denen das Calcium den Blutdruck herabsetzt. Dippe.

335. **Ueber die Wirkung von Chinolincarbonsäuren und ihrer Derivate auf die Ausscheidung der Harnsäure;** von Prof. Arthur Nicolaier und Dr. Max Dohrn. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 4. p. 331. 1908.)

Das Wichtigste aus den Ermittelungen der Vff. ist, dass die Phenylcinchoninsäure beim gesunden Menschen eine erhebliche Vermehrung der Harnsäureausscheidung bewirkt, wahrscheinlich als Ausdruck einer besonderen Einwirkung auf die Harnsäurebildung. Die Wirkung ist am ersten Tage am stärksten und nimmt dann ab. Nach dem Aussetzen des Mittels geht die Harnsäureausscheidung unter die Norm herunter. Ob diese Wirkung der

Säure praktisch zu verwerthen ist, müssen Versuche an geeigneten Kranken lehren. Dippe.

336. **Ueber Phlorizindiurese und über die Beeinflussung der Phlorhizinzuckerausscheidung durch Diuretica;** von O. Loewi und E. Neubauer. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 1. p. 57. 1908.)

Phlorizin beeinflusst im Gegensatze zu anderen diuretisch wirkenden Mitteln die Kochsalzausfuhr gar nicht. Die Phlorizinzuckerausscheidung lässt sich durch Diuretica nicht steigern. Dippe.

337. **Ueber die Viscosität, Gefrierpunktserniedrigung, Acidität und elektrische Leitfähigkeit des normalen Harns und des Phloridzindiabetesharns von Japanern;** von Dr. T. Tanaka aus Tokyo. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 1. p. 1. 1908.)

Ein werthvoller Beitrag zur physikalisch-chemischen Untersuchung des Harnes und zur Kenntniss der Besonderheiten des Harnes der Japaner.

„1) Wenn man das specifische Gewicht, die Viscosität, Gefrierpunktserniedrigung, Elektroleitfähigkeit, Acidität des Harns und den Zuckergehalt des Phloridzindiabetesharns untersucht, so kann man wissen, ob der betreffende Harn pathologisch ist oder nicht.

2) Ich injicirte die 1proc. Phloridzinlösung in das subcutane Gewebe und nach Verlauf von 25—35 Minuten sah ich den Zuckergehalt des Harns seine maximale Menge erreichen. Die gesunde Niere secernirte den Zucker schneller als die erkrankte Niere, und die Zeitdauer des Secernirens ist auch bei jener länger als bei dieser. Das Maximum des Zuckergehaltes war 2.71%, das Minimum 1.11%, das Mittel 1.6%.

3) Das specifische Gewicht des Phloridzindiabetesharns ist grösser als das des normalen Harns ein und derselben Person. Wenn man aber vom specifischen Gewicht des Phloridzindiabetesharns das specifische Gewicht der wässerigen Lösung seines Zuckergehaltes abzieht, so ist das Resultat durchschnittlich 0.003 kleiner als das specifische Gewicht des Normalharns. Der Grund ist folgender: Durch die Phloridzininjektion wurde die Diurese vorursacht, und in Folge dessen wurde der Wassergehalt grösser als beim Normalharn.

4) Die Viscosität des Normalharns ist bei 18° C. im Maximum 1461 C. g. S., im Minimum 1215, im Mittel 1367; die des Kinderharns 1118—1388, durchschnittlich 1304. Die Viscosität des Phloridzindiabetesharns ist 1375—1679, durchschnittlich 1444. Die Viscosität des Phloridzindiabetesharns ist in jedem Falle grösser als die des Normalharns; die Differenz aber verhält sich nicht proportional zur Zuckermenge.

5) Die Gefrierpunktserniedrigung des Phloridzindiabetesharns ist —0.85 bis —1.90, also durchschnittlich —1.39. Im Allgemeinen ist sie also kleiner als die Gefrierpunktserniedrigung des Normalharns. Diese Thatsache zeigt, dass der Salzgehalt des Harns nach der Injektion abgenommen hat, wie oben das bezügliche specifische Gewicht durchschnittlich um 0.003 abgenommen hatte. Ausserdem wissen wir aus diesem Resultat, dass die Zuckerlösung weniger als die Salzlösung die Gefrierpunktserniedrigung beeinflusst. Die Gefrierpunktserniedrigung des Kinderharns ist —0.14 bis —1.92, durchschnittlich —076, da die Nahrung des Kindes mehr flüssig ist, als die des Erwachsenen.

6) Die Constantenzahl der Gefrierpunktserniedrigung des Normalharns ist 116 ± 4.8, die des Phloridzindiabetesharns 85 ± 1.7; nach Abzug des Zuckers ist die letztere 107 ± 3.4, also um 9 niedriger als die des normalen Harns.

7) Die elektrische Leitfähigkeit des aus der gesunden Niere secernirten Harns ist bei 25° C. 0.01213 bis 0.02021, durchschnittlich 0.01766, gewöhnlich beträgt sie aber über 0.019.

8) Wenn ich die Acidität des Harns mit dem Salzsäuregrad vergleiche, so ist die Acidität des Normalharns 0.54 bis 1.94, durchschnittlich 1.04 mg/cc., die des Phloridzindiabeteshrns 0.44 bis 1.90, durchschnittlich 0.87 mg/cc., und die Differenz der beiden Aciditäten beträgt durchschnittlich 0.17. Diese Thatsache zeigt, dass durch die Phloridzininjektion mehr Wasser ausgeführt ist. Die Acidität des Kinderharns ist 0.36 bis 1.46, durchschnittlich 0.81 mg/cc. Da die Nahrung des Kindes flüssiger ist, so ist die Acidität des Kinderharns, sein specifisches Gewicht und seine Gefrierpunktserniedrigung kleiner als die des Harns des Erwachsenen.

Die Acidität des Harns ist auch bei ein und derselben Person verschieden, je nachdem er vor oder nach der Mahlzeit entleert ist und je nachdem die Person flüssige oder feste Nahrung genossen hat. Auch an verschiedenen Tagen ergeben sich verschiedene Resultate. Die Acidität, die ich untersuchte, war vor dem Mittagessen am kleinsten, d. h. 1.29, nach dem Mittagessen (um $^1/_4$ Uhr) am grössten, d. h. 2.40 mg/cc.

9) Die Harnacidität und Harnviscosität zeigen keinen auffälligen Zusammenhang. Es giebt nämlich noch andere Bestandtheile des Harns, welche weit mehr als die Säure auf die Harnviscosität Einfluss ausüben, z. B. Zucker. Auch auf die Gefrierpunktserniedrigung übt das Salz weit grösseren Einfluss als die Säure aus.

10) Die Harngefrierpunktserniedrigung und die Harnviscosität zeigen auch keinen merklichen Zusammenhang, da die beiden in verschiedener Hinsicht über die Harnbeschaffenheit Aufschluss geben." Dippe.

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

338. **Beitrag zur Analyse der cerebralen Hemiplegie;** von D. C. T. van Valkenburg. (Arch. f. Psych. XLIII. 3. p. 899. 1908.)

Aus dieser Arbeit, bei deren Abfassung van V. die Arbeit O. Förster's noch nicht bekannt war, können hier nur die Schlusssätze wiedergegeben werden. Sie lauten:

„1) Die Hemiplegie ist prinzipiell zu betrachten als eine einseitige allgemeine statische und dynamische Ataxie, welche bedingt ist durch die Läsion wichtiger cortico-fugaler Verbindungen und die dadurch entstandene Gleichgewichtstörung in subcortikalen und spinalen Centren.

2) Diese Gleichgewichtstörung macht sich sowohl in den einzelnen Centren geltend, als auch im gegenseitigen Verhalten derselben.

3) Die Ataxie äussert sich in den willkürlichen Bewegungen: a) Durch unrichtige Vertheilung von Contraktion und Erschlaffung über die mit der Ausführung einer Synergie betraute Muskulatur. In Folge dieser fehlerhaften Innervation können die Bewegungen die verschiedensten Abweichungen von der Norm zeigen; unter Umständen können sie sogar nicht einmal im Princip ausgeführt werden. Die Ataxie steigert sich in solchen Fällen zur Lähmung. Diese letztere ist vor Allem unter

dem Einflusse der Diaschisis zu beobachten; dann auch in dem Stadium der Frühcontrakturen, wo der Impuls zu einer Bewegung häufig alle an der Synergie betheiligte Muskeln in starke Contraktion versetzt, wodurch die intendirte motorische Leistung durch mangelnde Erschlaffung eines Theiles dieser Muskeln unmöglich gemacht wird. b) Durch Mitbewegungen; ein Theil dieser muss betrachtet werden als funktionell eng verknüpft mit denjenigen motorischen Verrichtungen, welche sie begleiten; in dem Sinne, dass sie mit diesen letzteren zusammen eine einheitliche subcortikal vertretene Synergie bilden. Durch die abnorme Innervation seitens des Cortex ist aber die Fähigkeit verloren gegangen, aus dieser Synergie einen ihrer Bestandtheile, auch wenn dieser in der gewollten Bewegung fortgelassen werden sollte, auszuscheiden (Strümpell's Phänomen u. s. w.). c) Bleibend aufgehoben sind für gewöhnlich nur diejenigen Bewegungen, welche eine direkte Mitwirkung der Regio Rolandica zur Voraussetzung haben (im Allgemeinen die feineren Zielbewegungen und Fertigkeiten).

4) Die Gleichgewichtstörung innerhalb der einzelnen Centren zeigt sich a) In den Reflexveränderungen, welche je nach dem Grade und der Art der Störung in positivem oder negativem Sinne auftreten können. Die gänzliche Aufhebung der Reflexe ist, abgesehen von complicirenden Krankheiten, stets als Diaschisissymptom zu betrachten. Es liegt kein Anlass vor, zwischen Haut- und Sehnenreflexen in Bezug auf die Lokalisation ihrer Centren principielle Unterschiede zu machen. Die qualitative Modifikation des Fusssohlenreflexes im Sinne Babinski's ist die direkte Folge des mangelnden Cortexeinflusses. Sie ist keineswegs immer die Folge von Degeneration der Pyramidenbahn. b) In den Veränderungen des Tonus. Diese statische Ataxie kann a) Die ganze Muskulatur der hemiplegischen Extremitäten im Sinne einer allgemeinen Hypo-, bez. Atonie betreffen (Diaschisissymptom). b) Sie kann auch die zu einem gemeinsamen statischen Zwecke coordinirte Muskulatur in besonderer Weise in ihrer Funktion beeinträchtigen (breites Bein u. s. w.; gewöhnlich, aber nicht notwendig, mit allgemeiner Atonie verbunden; Verlust des formerhaltenden Tonus [Heilbronner]). c) Der allgemeine Reizzustand, in dem sich die subcortikalen Centren befinden, kann zu allgemeiner Erhöhung des Tonus führen; die Spannung in den verschiedenen Muskelgruppen wechselt häufig in Bezug auf ihr gegenseitiges Verhalten. Die Frühcontrakturen sind davon die Folge, welche gewöhnlich nur flüchtig, in Verbindung mit anderweitigen Complikationen im Centralnervensysteme, mitunter auch bleibend sein können.

5) Die Gleichgewichtstörung in den subcortikalen Centren in Bezug auf ihr gegenseitiges Verhalten führt nach dem Stadium der Frühcontrakturen allmählich zu dem der residuären Contrakturen. Der Typus dieser letzteren wird in erster Linie durch die Thatsache bestimmt, dass gewisse Synergien subcortikal besonders feste, unabhängige Vertretungen besitzen, welche, in Vergleich mit den Repräsentationen der diesen entgegenwirkenden Synergien, unter dem Einflusse der abnormen cortikalen Innervation eine relative, wenn auch abnorme Hyperfunktion enthalten. Die Hauptagonisten der ersteren gerathen dadurch in Contraktur, die Hauptagonisten der letzteren werden ausgedehnt und scheinen deshalb besonders in alten Fällen häufig ganz gelähmt für Willkürbewegungen.

Diese relativ festeren subcortikalen Vertretungen kommen den physiologisch wichtigsten Bewegungsformen zu; die Contrakturen der Hauptagonisten in den diese Bewegungen ausführenden Synergien bestimmen deswegen zum grossen Theile die residuären Stellungen in den Gelenken der Extremitäten. Ausserdem spielen neben dieser Hauptursache noch gewisse andere Momente (Schwerkraft, Uebung, „Zufall") eine Rolle in der Genese des definitiven Zustandes. Es besteht kein principieller Gegensatz zwischen Lähmung und Contraktur."

Bumke (Freiburg i. B.).

339. **Beiträge zur Lehre von der Tetanie.** *I. Die mechanische Uebererregbarkeit der motorischen Nerven bei Tetanie und ihre Beziehungen zu den Epithelkörpern;* von Prof. F. Chvostek. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 17. 1907.)

Das Thierexperiment zeigt, dass Entfernung der Epithelkörper mechanische Uebererregbarkeit der motorischen Nerven bedingt. Die Tetanie der Menschen, für die wir aus mehrfachen Gründen einen Funktionsausfall der Epithelkörper annehmen dürfen, weist constant dieselbe mechanische Uebererregbarkeit auf. Die mechanische Uebererregbarkeit der Nerven, in erster Linie das Facialisphänomen, ist das constanteste und in den meisten Fällen das einzige Symptom der latenten Tetanie. Die Zugehörigkeit auch jener Fälle mit nur isolirtem Facialisphänomen zur Tetanie erweisen die Abnahme der Häufigkeit dieser Fälle gleichzeitig mit der Abnahme der Tetanie in Wien und das gleichsinnige Schwanken der Häufigkeit in Monaten, in denen Tetanie häufiger oder seltener angetroffen wird. Die Zugehörigkeit einzelner solcher Fälle zur Tetanie und ihre Unabhängigkeit von nervösen Störungen zeigt die Incongruenz der Intensitätschwankungen dieses Phänomens mit den Schwankungen in der Intensität der übrigen nervösen Erscheinungen. In weitaus den meisten Fällen von deutlichem Facialisphänomen lassen sich überdies bei Berücksichtigung der Anamnese u. s. w. Erscheinungen finden, die ihre Zugehörigkeit oder wenigstens nahe Verwandtschaft mit der Tetanie darthun. Aber selbst für jene seltenen Fälle, in denen ein solcher Zusammenhang nicht zu erkennen ist, ist die Erklärung durch eine Beeinträchtigung der Funktion der Epithelkörper bei der Art der primären Affektion, ihrer Lage und in Rücksicht

auf die nahen Beziehungen, in denen die Blutdrüsen zu einander stehen, am einwandfreiesten und plausibelsten zu geben. Hierher gehören die Fälle von Facialisphänomen bei Tuberkulose und diejenigen bei Chlorose, Genitalaffektionen der Frauen, Menstruation u. s. w. Endlich sprechen in diesem Sinne die Beobachtungen, durch die bei isolirtem Facialisphänomen direkte Veränderungen an den Epithelkörpern nachgewiesen werden können. Chv. glaubt daher, zu der Annahme berechtigt zu sein, dass die mechanische Uebererregbarkeit der Nerven, in erster Linie das Facialisphänomen, ein leicht nachweisbares und gewichtiges Symptom der Erkrankung der Epithelkörper ist, ein feines Reagens, das uns eine Funktionstörung dieser Organe anzeigt. Bumke (Freiburg i. B.).

340. **Ueber congenitale Muskelatonie** *(Myatonia congenita Oppenheim)*; von Dr. L. Tobler. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 1. p. 33. 1907.)

T. theilt eine Beobachtung von Myatonia congenita aus der Heidelberger Kinderklinik mit und stellt noch 11 weitere aus der Literatur zusammen. Danach erkranken die Kinder wohl meist schon während des fötalen Lebens. Ein Einfluss des Geschlechtes, der Heredität, der Geburt ist nicht nachzuweisen. Das Charakteristische ist die Inaktivität namentlich der Beine. Geringe Reste aktiver Beweglichkeit sind vorhanden und können durch Schmerzreize ausgelöst werden. An den Beinen sind die Peronaei noch am besten funktionstüchtig. Die Patellarreflexe fehlen, die elektrische Erregbarkeit ist herabgesetzt. Sensibilität, Sphincteren, Intelligenz sind normal. Die Prognose ist an sich nicht schlecht. Doch erliegen die Kranken leicht Lungenerkrankungen. Die Behandlung besteht in der Anwendung von Bädern und Elektricität. Um die Verwechselung mit Myotonie zu vermeiden, schlägt T. die Bezeichnung Atonia musculorum congenita vor. Am Schlusse theilt T. noch eine Beobachtung von Bing mit anatomischem Befunde mit. Die Untersuchung ausgeschnittener Muskelstückchen ergab wohl eine mässige Vermehrung der Muskelkerne, sonst nichts Auffälliges. Endlich führt T. noch die Beschreibung zweier Kranker Bernhardt's an, bei denen seiner Ansicht nach die Diagnose zweifelhaft ist.

Brückner (Dresden).

341. **Ueber einen weiteren Fall von zeitweisem Fehlen der Patellarreflexe bei Hysterie**; von D. Wigand in Eppendorf. (Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 7. p. 293. 1907.)

Der Reflex fehlte einem 35jähr. Kr. bei schlaffer Paraparesis, die als nicht-organisch sicher zu erweisen war. Bumke (Freiburg i. B.).

342. **Ueber ein im katatonischen Stupor beobachtetes Pupillenphänomen, sowie Bemerkungen über die Pupillenstarre bei Hysterie**; von Prof. A. Westphal. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 27. 1907.)

W. hat bei 3 Katatonikern eine vorübergehende Formänderung der Pupillen, die queroval wurden, beobachtet und zugleich eine ebenfalls nur temporäre Verschlechterung des Lichtreflexes, die bis zur völligen Lichtstarre ging. Eine endgiltige Erklärung dieser Befunde, die gewiss grosses Interesse beanspruchen dürfen, ist zur Zeit wohl noch nicht möglich. Erwähnt sei nur, dass W., dem wir bekanntlich neben Karplus auch die ersten Beobachtungen von Pupillenstarre im hysterischen Anfall verdanken, ausdrücklich betont, dass es sich bei der von ihm jetzt beschriebenen Pupillenstörung, ganz ähnlich wie bei der hysterischen, keineswegs um reflektorische Pupillenstarre, d. h. nicht um isolirtes Fehlen der Lichtreaktion bei im übrigen erhaltener Pupillenbeweglichkeit handelt, sondern um eine Innervationstörung der gesammten Irismuskulatur, die die völlige Unbeweglichkeit der Pupille zur Folge hat. Bumke (Freiburg i. B.).

343. **Ueber willkürliche Erweiterung der Pupillen**; von M. Reichardt in Würzburg. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 4. 1907.)

R. ist mit Recht der Ansicht, dass das Vorkommen einer primären willkürlichen Pupillenerweiterung bis jetzt gänzlich unbewiesen sei. Die Begründung muss im Original eingesehen werden.

Bumke (Freiburg i. B.).

344. **Das Verhalten der Pupillen bei Alkoholismus**; von Ludwig Neussoll. (Psycholog. Arbeiten von E. Kraepelin. V. 3. p. 408. 1908.)

N., der etwa 100 Männer untersucht hat, kommt zu folgenden, zum Theil überraschenden Resultaten:

„1) Die Pupillen der untersuchten Alkoholkranken zeigten in Bezug auf ihre Grösse keine von Gesunden wesentlich abweichende Befunde. 2) Die Lichtreaktion war im weitaus grössten Theil der Fälle ausgiebiger als bei Gesunden. In ca. 3% zeigte sie sich vermindert, zum Theil im Zusammenhange mit einer Arteriosklerose. 3) Reflektorische Starre fand sich nie, und eben so wenig fehlte die sekundäre Reaktion. 4) Die Reaktionzeiten bewegten sich zumeist in gesunden Grenzen; zum Theil erschienen sie verkürzt und in einigen wenigen Fällen (4) verlängert. 5) Die psychischen und sensiblen Reize wurden nie vermisst. 5) Anisocorie fand sich sehr selten (ca. 3%)."

Bumke (Freiburg i. B.).

345. **Perivaskuläre Plasmazelleninfiltration im Centralnervensystem der alkoholisirten Kaninchen**; von Dr. Josef Montesano. (Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XVIII. p. 849. Nov. 1907.)

Die Infiltration von Plasmazellen in die Lymphscheiden der meisten Gefässe der Hirnrinde stellt nach Nissl den wesentlichen Befund bei der progressiven Paralyse dar, während sie bei anderen Geisteskrankheiten nur selten gefunden wurde.

Ihr Vorkommen beim chronischen Alkoholismus des Menschen bestreitet Alzheimer; während andere Autoren sie bei dieser Krankheit gefunden haben wollen. M. stellte nun ihr Vorhandensein in den Piagefässen des Gehirns und Rückenmarkes bei 4 Kaninchen fest, denen er 2 Monate hindurch täglich starke Dosen von Alkohol verabreicht hatte. Er möchte aber diesen Befund aus verschiedenen Gründen nicht verallgemeinern und auch aus ihm keine Schlüsse ziehen auf den chronischen Alkoholismus des Menschen.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

346. **Klinisch-psychologische Untersuchungen an Alkoholberauschten;** von Eduard Reiss. (Psycholog. Arbeiten von E. Kraepelin. V. 3. p. 371. 1908.)

Die Arbeit verdankt ihre Entstehung der sehr nützlichen Einrichtung, dass in München jeder schwer Betrunkene statt zur Wache in die psychiatrische Klinik gebracht wird. R. hat diese Kr. mit einfachen psychologischen Methoden untersucht und dabei im wesentlichen die Ergebnisse der experimentellen Psychologie bestätigt gefunden. Der Rausch hat eine starke Erschwerung aller geistigen Leistungen, in der Auffassung wie in der Verarbeitung äusserer Reize, zur Folge, und bei einem Theil der Betrunkenen ausserdem eine Erleichterung der Auslösung von Willensantrieben.

Bumke (Freiburg i. B.).

347. **Alkohol und Selbstmord;** von Dr. Walter Kürbitz. (Allg. Ztschr. f. Psych. LXIV. 4. p. 579. 1907.)

K. bespricht 19 Fälle von Selbstmordversuchen von Alkoholisten. Zu wesentlich neuen Gesichtspunkten gelangt die Arbeit nicht. Bumke (Freiburg *i.* B.).

348. **Zur pathologischen Anatomie des Delirium tremens;** von Dr. Walter Kürbitz. (Arch. f. Psych. XLIII. 2. p. 560. 1907.)

Eine für das Delirium tremens specifische pathologische Anatomie kennen wir bisher nicht; nur die Summe aller Veränderungen lässt den allgemeinen Schluss zu, dass wir den Folgen einer Infektion oder Intoxikation gegenüberstehen. Was K. in seinen 9 Fällen gefunden hat, sind Veränderungen an den Ganglienzellen, speciell an den grossen Pyramidenzellen, Vermehrung der Gliakerne, Vermehrung der Adventitiakerne an den Gefässen, Markscheidenzerfall (Marchi) im Grosshirn und Kleinhirn, speciell im Wurm.

Bumke (Freiburg i. B.).

349. **Zur Frage der Abstinenzdelirien;** von D. Koichi Miyake. (Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XXVIII. 2 u. 3. p. 310. 1907.)

M. theilt 5 Fälle von „Abstinenzdelirium" mit, dessen Existenz er für sicher gestellt hält. Ein klinischer Unterschied vom gewöhnlichen Delirium tremens hat sich nicht nachweisen lassen.

Bumke (Freiburg i. B.).

350. **Die manio-depressive Psychose (das Stimmungsirresein).** *Ein Versuch zur Bestimmung ihrer Pathogenese und pathologisch-anatomischen Grundlage, mit besonderer Berücksichtigung der manio-depressiven Mischformen;* von D. S. Thalbitzer in Aarhus. (Arch. f. Psych. XLIII. 3. p. 352. 1908.)

Th. ist den Fachgenossen bekannt, besonders durch die Entschiedenheit, mit der er Kraepelin gegenüber von vornherein die Zugehörigkeit der Involutions-Melancholie zum manisch-depressiven Irresein betont hat — eine Auffassung, die von Kraepelin neuerdings acceptirt ist. Die jetzt vorliegende Arbeit Th.'s enthält manches Ueberraschende. Zunächst lässt Th. aus Gründen, die hier nicht wiedergegeben werden können, die ältere Lehre wieder aufleben, nach der Manie und Melancholie auf einer zu starken und andauernden Blutzuführung oder Blutarmuth in den verschiedenen Centren des Gehirns beruhen sollten. Das wäre nicht so gar ungewöhnlich, wenn auch die Consequenz und die Kühnheit, mit der Th. diese Hypothese für alle Formen der cirkulären Psychose durchführt, manchen Widerspruch herausfordern werden.

Ueberraschend ist aber, dass Th. auch die anatomische Ursache dieser „Gefässspasmen" genau bezeichnet. Sie beruht seiner Meinung nach auf einer Erkrankung, bez. einer abnormen Faserfeinheit der Helweg'schen Dreikantenbahn, die Helweg selbst als vasomotorische Bahn angesprochen und die er oft bei Geisteskranken und zwar besonders dann gering entwickelt gefunden hat, wenn Verstimmungen in der Krankheit eine Rolle spielen. Th. hat selbst ausgedehnte anatomische Untersuchungen in dieser Richtung in Angriff genommen, will ihre Resultate aber erst später mittheilen.

Bumke (Freiburg i. B.).

351. **Einige Worte betreffs der Benennung „manisch-depressiven Irreseins";** von Dr. Adam Witzel in Warschau. (Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 8. p. 368. 1908.)

„In dem Augenblick, wo die Kraepelin'sche Schule der Welt bekannt gemacht hat, dass die Melancholie .... nur eine gewisse klinische Abart des manisch-depressiven Irreseins ist," schlägt W. vor, diesen letzten Namen abzuschaffen und von jetzt ab von „manisch-melancholischem Irresein" zu sprechen. Bumke (Freiburg i. B.).

352. **Ein Fall von manisch-depressivem Mischzustand** *(zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Ideenflucht und den Hallucinationen);* von Kurt Goldstein in Königsberg i. Pr.). (Arch. f. Psych. XLIII. 2. p. 461. 1907.)

Eine für das Specialfach wichtige Arbeit, die aber zum Referat an dieser Stelle nicht geeignet ist. Bumke (Freiburg i. B.).

353. **Ueber den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein;** von Prof. Gustav Specht in Erlangen. (Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XVIII. p. 529. Juli 1907.)

Sp. kommt zu dem zur Zeit mit Rücksicht auf die Arbeit von Dreyfuss besonders wichtigen Schlusse, dass sich die Angstpsychose vom manisch-depressiven Irresein nicht trennen lässt.

Bumke (Freiburg i. B.).

354. **Rechenversuche bei Manisch-Depressiven**; von Helmut Hutt. (Psycholog. Arbeiten von Emil Kraepelin. V. 3. p. 338. 1908.)

Die Ergebnisse H.'s sind die folgenden: „1) Die Leistungsfähigkeit im Rechnen ist bei manischen Kranken nicht nennenswerth, bei depressiven durchschnittlich sehr erheblich vermindert. 2) Die Aenderung der Leistung während der Arbeit an den Tagen ohne und mit Pause entspricht bei manisch-depressiven Kranken nur selten dem Verhalten der Gesunden und bietet eine Reihe von Abweichungen dar, wie sie bei Gesunden überhaupt nicht, nur ganz ausnahmsweise oder nur in schwacher Ausprägung beobachtet werden. 3) Bei der überwiegenden Mehrzahl der manisch-depressiven Kranken lässt der Verlauf der Rechenarbeit das allmähliche Schwinden ursprünglich vorhandener Hemmungen erkennen. 4) Die Ermüdbarkeit ist bei den manisch-depressiven Kranken im Allgemeinen etwas erhöht, die Uebungsfähigkeit in sehr geringem Maasse herabgesetzt. 5) Die Unterbrechungswirkung der Pause ist bei den Manisch-Depressiven der Leistungsfortschritt durch Schwankungen im Zustandsbilde wesentlich beeinflusst."

Bumke (Freiburg i. B.).

355. **Auffassungs- und Merkfähigkeit bei Dementia praecox**; von Alfred Busch. (Psycholog. Arbeiten von Emil Kraepelin. V. 3. p. 293. 1908.)

B. gelangt zu folgenden Resultaten: „1) Der Umfang der Auffassung und Merkfähigkeit ist vom Bildungsgrade (d. h. von der Leseübung) abhängig. 2) Die Zahl der richtigen Auffassungen ist im Allgemeinen in der Dementia praecox herabgesetzt, die Zahl der Fehler dagegen stets und oft sehr beträchtlich vermehrt. 3) Bei den Merkversuchen zeigt die Klarheit des Eindrucks nicht die bei Gesunden nachweisbare anfängliche Steigerung, sondern sinkt unter gleichzeitigem Anwachsen von Fehlervorgängen sehr bald unter diejenige der Auffassung. 4) Die wesentlichen Störungen des Auffassung- und Merkvorganges bei der Dementia praecox lassen sich auf eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit (mehr passiver Apperception) und das Hervortreten der Befehlsautomatie und Stereotypie zurückführen. 5) Die Aufmerksamkeitsspannung dieser Kranken ist nicht nur wenig stark, sondern geht auch langsamer vor sich. 6) Die Fähigkeit, reproduktive Elemente des Bewusstseins von äusseren Wahrnehmungen zu unterscheiden, ist bei den Kranken auf Grund ihrer Aufmerksamkeitsstörung vermindert. 7) Diese Störungen sind im Allgemeinen stärker in den akuten, mit lebhaften Erscheinungen verlaufenden Abschnitten der Krankheit, als in den chronischen und abgelaufenen Fällen (daher stärker in der Katatonie als in der Hebephrenie). 8) Die Uebungsfähigkeit der Kranken ist herabgesetzt."

Bumke (Freiburg i. B.).

356. **Ueber Dementia praecox, insbesondere die paranoide Form derselben**; von Dr. O. Kölpin in Andernach a. Rh. (Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 1. p. 1. 1908.)

K. unterscheidet in der bisher zur Dementia praecox gerechneten Dementia paranoides 3 verschiedene Formen. Die erste entspricht denjenigen Verblödungsprocessen mit reichlicher Wahnbildung, die auch bei enger Fassung des Begriffs (Hoche z. B.) zur Dementia praecox gerechnet werden; Kraepelin grenzt sie als die erste Form seiner Dementia paranoides mit dem Ausgang in schwachsinnige Verwirrtheit ab. Diese Form gehört auch nach K. zur Dementia praecox und soll nach ihm als paranoide Form dieser Krankheit (der Dementia dissociativa) benannt werden. Die zweite und dritte Kategorie der K.'schen Eintheilung entspricht der Paranoia vieler Autoren, Kraepelin rechnet auch sie zur Dementia paranoides. K. will diesen Namen für diese Fälle beibehalten, ihm aber den Sinn unterlegen, dass die Krankheiten weder zur Paranoia noch zur Dementia praecox gezählt werden könnten, sondern als eine eigene Psychose angesehen werden müssten. Für die Eintheilung dieser neuen Krankheit in 2 Formen wird das Verhalten der Systembildung als maassgebend erachtet.

Bumke (Freiburg i. B.).

357. **Dementia praecox und manisch-depressives Irresein**; von Prof. Themsen in Bonn. (Allg. Ztschr. f. Psych. LXIV. 4. p. 631. 1907.)

Auf diese ausserordentlich werthvolle Studie über die Abgrenzung und die Diagnose der beiden Psychosen sei ausdrücklich hingewiesen. Im Referate lässt sich ihr Inhalt mit Nutzen leider nicht wiedergeben. Bumke (Freiburg i. B.).

358. **Ueber die Geistesstörungen bei den Juden**; von Dr. Max Sichel in Frankfurt a. M. (Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 8. p. 351. 1908.)

Eine wichtige Arbeit, deren in präciser Kürze mitgetheilten Resultate sich leider nicht noch weiter zusammendrängen lassen. Ihr wesentliches Ergebniss ist, dass die Anzahl der jüdischen Geisteskranken, entgegen den allgemeinen Anschauungen, im Grossen und Ganzen dem procentualen Antheil der Juden an der Gesammtbevölkerung entspricht, dass hingegen hinsichtlich der Häufigkeit der einzelnen Krankheitformen weitgehende Differenzen mit der Umgebung bestehen.

Bumke (Freiburg i. B.).

VI. Innere Medicin.

359. Ueber Scharlach.

1) *The influence of school life on the spread of scarlet fever;* by B. K. Goldsmith. (Lancet June 29. 1907.)

2) *Die Nachkrankheiten des Scharlach;* von Dr. B. Schick. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XV. Erg.-H. p. 132. 1907.)

3) *Ueber Scharlachrecidiv und Pseudorecidiv;* von Dr. E. Ferraris-Wyss. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 4. p. 413. 1908.)

4) *An analysis of the kidney and condition of eight hundred cases of scarlet fever treated with routine doses of chloral hydrate: the analysis contrasted with seven hundred and fifty cases having the usual remedies;* by B. Franklin Roger. (Therap. Gaz. XXXI. 1. p. 1. 1907.)

5) *A case of measles superimposed on scarlatina;* by J. Eaton. (Transact. of the Amer. paed. Soc. XVIII. p. 207. 1907.)

6) *Moser's Serum als Heilmittel bei Scharlach;* von B. A. Egis u. N. J. Langovoy. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 5. p. 514. 1907.)

7) *Beobachtungen über die Behandlung des Scharlach mit Moser's Serum;* von Dr. W. F. Moltschanoff. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 5. p. 572. 1907.)

Goldsmith (1) weist an einem grossen statistischem Materiale den Einfluss der Schule für die Verbreitung des Scharlach in Manchester nach. Die meisten Erkrankungen brachen Freitags aus, die wenigsten Dienstags (Sonnabend und Sonntag schulfrei). Sehr deutlich war in London und Manchester der Einfluss der Ferien auf das Erlöschen des Scharlach.

In einer interessanten, aus der Escherich'schen Klinik stammenden Studie weist Schick (2) darauf hin, dass dem Scharlach neben der Nephritis verhältnissmässig häufig eine Reihe anderer Krankheiten folgt, die sich zeitlich ebenso verhalten wie die Nierenentzündung und einen ähnlichen Fiebertyp untereinander aufweisen. Am häufigsten ist die Lymphadenitis postscarlatinosa, die zuweilen die beginnende Nephritis begleitet. Sie stellt eine oft einseitige, derbe, schmerzhafte Anschwellung der Unterkieferdrüsen mit guter Prognose dar und wird zwischen dem 12. Tage und der 6. Woche beobachtet, am häufigsten in der 3. und 4. Woche. [*Ref.* sah sie meist um den 20. Tag herum.] Seltener wird beobachtet Fieber ohne Organbefund, Endokarditis mit schlechter Prognose quoad restitutionem ad integrum, Synovitis postscarlatinosa, Angina und Scharlachrecidiv. Die verschiedenen Nachkrankheiten können sich miteinander verbinden. Alle diese Affektionen haben das Gemeinsame, dass sie von der initialen Erkrankung durch ein fieberfreies Intervall getrennt sind, meist in der 3. und 4. Woche auftreten, von einem remittirenden, lytisch abfallenden Fieber begleitet sind und zuweilen eine familiäre Disposition erkennen lassen. Das spricht dafür, dass diese Nachkrankheiten durch das Scharlachgift, nicht durch sekundäre Streptokokkeninfektion, erzeugt werden. Die Disposition in der kritischen Zeit ist Seh. geneigt, als specifische Ueberempfindlichkeit aufzufassen.

Ferraris-Wyss (3) beschreibt 5 Kinder aus dem Züricher Kinderspitale, bei denen sich längere oder kürzere Zeit nach einer Scharlacherkrankung unter Fieber ein neuer Scharlachausschlag einstellte. Er erörtert im Anschlusse hieran die Frage der Recidive und Pseudorecidive (Thomas) und kommt zu folgenden Schlüssen: „1) Die Scharlachrecidive sind eine seltene, aber unbestreitbare Erscheinung: sie sind eine Wiederholung des Scharlach mit seinem ganzen Krankheitsbild bei Kranken, die sich schon in vorgeschrittener Reconvalescenz befinden. 2) Die Pseudorecidive sind eine noch seltenere Erscheinung als die Recidive. Sie unterscheiden sich von letzteren durch die Zeit, in der sie vorkommen — bevor der Kranke in die Convalescenz eingetreten ist — und durch die Art des Exanthems, das zu Masernart hinneigt, sowie durch die häufige Conjunctivitis, wie sie eben den Masern eigen ist. 3) Es besteht nicht immer ein klarer Unterschied zwischen Recidiv und Pseudorecidiv, sondern es giebt manchmal atypische, gemischte Formen. 4) Alter und Geschlecht haben keinen Einfluss auf das Vorkommen von Recidiven. 5) Die Ursache der Recidive ist nicht genau bekannt: ob eine Infektion von aussen oder eine Autoinfektion. 6) Es ist eine Familienprädisposition zu Scharlachrecidiven zu vermuthen, wie man solche auch bei Scharlachnephritis hat. 7) Die Recidive scheinen die Prognose bei Scharlach nicht zu erschweren. 8) Bis der Krankheitserreger nicht genau bestimmt ist, und bis die Aetiologie dieser Recidive nicht sicher aufgeklärt ist, wird es rathsam sein, die neuen Fälle von Scharlach von den schon abgelaufenen, diejenigen mit Complikationen (Otitis u. s. w.) von denen ohne Complikationen nach Möglichkeit zu trennen."

Eaton (5) beschreibt ein 5jähr. Mädchen mit uncomplicirtem Scharlach, bei dem am 5. Tage nach vorausgegangenem Exanthem auf dem Scharlachausschlage sich ein typischer Masernausschlag entwickelte. Es folgte eine kleienförmige und eine lamellöse Abschuppung.

Roger (4) hat nach der Empfehlung von Wilson 806 Scharlachkranke mit Chloralhydrat in kräftiger Dosis während und einige Zeit nach Ablauf des Fiebers behandelt. Er meint, dass das Mittel günstig auf die nervösen Erscheinungen einwirkt, das Hautjucken mildert und Nephritis seltener erscheinen lässt. Das wäre unter Berücksichtigung der an und für sich sehr wechselnden Häufigkeit der Nierenentzündung recht wenig.

Egis und Langovoy (6) berichten nach einer Uebersicht über die bisher in Russland gesammelten Erfahrungen über Heilversuche mit „Scharlachserum", die im Moresow'schen Kinderhospitale der Stadt Moskau und im Wladimir-Kinderhospitale zu Moskau angestellt wurden. In beiden Krankenhäusern war das Material ein schweres, annähernd gleiches. Die Behandlung geschah nach

den gleichen Grundsätzen. Verwendet wurde ein im Moskauer bakteriologischen Institute hergestelltes Serum, mit dem in den Jahren 1904—1905 400 Kranke (darunter 26 mit Mischinfektionen) behandelt wurden. E. u. L. schliessen aus ihren Beobachtungen Folgendes: „1) Bei der Behandlung von schweren Scharlachfällen mit Moser's Serum fällt das Mortalitätsprocent von 47.4 auf 16.1. 2) Das Serum besitzt vorwiegend eine antitoxische Wirkung. 3) Sein Einfluss auf die Complikationen des Scharlach ist geringfügig. 4) Das Serum ist im Verlauf der ersten 3 Krankheitstage und im äussersten Fallo am 4. Tage zu injiciren. 5) Die Temperatur fällt um so schroffer, je früher das Serum injicirt worden ist. In reinen Fällen fällt sie schneller wie in complicirten. 6) So lango es keine Methode giebt, das Serum zu dosiren, muss man auf einmal 200 ccm injiciren, unter Ausnahme von dem jüngsten kindlichen Alter, wo eine Injektion von 100—150 ccm genügend sein kann. 7) Die Individualität des Pferdes übt einen grösseren Einfluss auf den Worth des Serums, weshalb mehr oder weniger wirksame Serien vorkommen. 8) In Fällen von Mischinfektion — Scharlach und Diphtherie — konnte man bei gleichzeitiger Injektion des Moser'schen und des Diphtherieheilserums einen bedeutenden Effekt bemerken, wenngleich der Effekt weniger stark ist, wie bei reinem Scharlach. 9) Prophylaktische Injektionen — an beschränktem Material ausgeführt — bestätigen die Ergebnisse von Moser. 10) Die Häufigkeit der Serumcomplikationen und ihre Gravität in Folge des grossen Serumquantums ist die negative Seite des Serums."

Etwas zurückhaltender äussert sich Moltschanoff (7) nach der Serumbehandlung von 40 Kindern aus der Moskauer Universitätkinderklinik. Auch er constatirte nach der Einspritzung Temperaturabfall, Besserung des Allgemeinbefindens, vermisste aber einen tieferen Einfluss auf den ganzen Scharlachprocess. Die Wirkung auf die Rachenerkrankung war nicht überzeugend. Weder der Eintritt der Complikationen wurde verhütet, noch ihre Schwere gemildert. In Folge dessen war die Dauer des Fiebers und gesammten Krankheitprocesses nicht kürzer als bei den nicht „specifisch" Behandelten. Das Serum soll antitoxisch wirken. Seine Anwendung soll frühzeitig, vor dem 4. Krankheittage erfolgen, da später die Complikationen in den Vordergrund treten. Ein Nachtheil des ganzen Verfahrens besteht vor Allem in der noch mangelnden Methode einer Werthbemessung.

Brückner (Dresden).

360. **Ueber Lebercirrhose im Kindesalter nach Scarlatina;** von Dr. Adolf Bingel. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XV. 4. 1907.)

B. beschreibt den makroskopischen und mikroskopischen Befund der Leber von 7 an Scharlach verstorbenen, meist dem Kindesalter angehörigen Patienten. Dabei ergab sich Folgendes: Das periportale Bindegewebe war mehr oder weniger kleinzellig infiltrirt. An denjenigen Stellen, an denen diese Infiltration auf das Leberparenchym übergriff, war das Gewebe mehr oder weniger stark geschädigt; in 4 Fällen war ausgesprochene Nekrose des Lebergewebes vorhanden. Wenn das Leben erhalten bleibt, können die nekrotischen Herde resorbirt, und durch Wucherung des Leberparenchyms ausgefüllt werden. Die Defekte können aber auch durch Bindegewebe ersetzt werden. B. fügt eine Beobachtung hinzu, bei der es nach Masern zu knotiger Hyperplasie der Leber kam.

Brückner (Dresden).

361. **Ueber das Vorkommen von Scharlach in der Stadt Zürich in den Jahren 1902—1906;** von N. Tiktin-Hausmann. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 6. p. 641. 1908.)

Aus der umfangreichen Arbeit sei nur angeführt, was T.-H. über die „Complikationen" sagt. Nephritis ist bei Kindern und bei Erwachsenen und bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig. Ohrenerkrankungen und Pneumonie kommen fast nur bei Kindern, Gelenkerscheinungen häufiger bei Erwachsenen vor.

Dippe.

362. **La febbre di Malta o del Mediterraneo (Setticemia di Bruce) in Italia;** per il Prof. Umberto Gabbi, Messina. (Rif. med. XXIV. 4. p. 85. 1908.)

Das auch in Süditalien nicht selten beobachtete unter typhoiden Erscheinungen auftretende *Maltafieber* wird durch einen Mikrococcus hervorgerufen, der die Ziegen inficirt, ohne besondere Krankheitserscheinungen hervorzurufen. Von ihnen wird er mit der Milch und mit dem Urin abgesondert. Meistens inficiren sich die Menschen durch jene. Vom Urin aus findet eine Infektion des Bodens statt; der Mikrococcus ist im Stande, lange auf Wäsche, Geweben, Früchten u. s. w. virulent zu bleiben. Auch vom Menschen kann er durch den Urin in virulentem Zustande entleert werden. Wie die Ziegen können auch andere Hausthiere Zwischenträger sein.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

363. **Sulle forme leggierissime di febbre di Malta in Napoli;** per il Dott. Arnaldo Cantani, Napoli. (Rif. med. XXIV. 14. p. 365. 1908.)

Bei 13 Kr., zum Theil solchen Familien angehörend, von denen ein Mitglied an einer schweren Form bereits erkrankt war, wurde ein *leichter* Verlauf des *Maltafiebers* beobachtet. Die Diagnose wurde bakteriologisch einwandfrei festgestellt. Manche der Kr. konnten ambulant behandelt werden; die Symptome bestanden in Leibschmerzen, Appetitlosigkeit und leichtem Fieber. C. hält die Erkrankung in der leichten Form für viel häufiger, als bisher angenommen wurde.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

364. **Ueber die Nothwendigkeit der Abänderung des Pasteur'schen Verfahrens der Wuthbehandlung;** von Prof. V. Babes. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LVIII. 3. p. 401. 1908.)

B. tritt neuerlich mit Energie für eine Abänderung der Pasteur'schen Wuthschutzimpfung ein; an Stelle der gebräuchlichen Methoden soll eine (je nach der Art

des Falles zu modificirende) sehr viel kräftigere Ueberschwemmung des Körpers der Gebissenen (vor Allem in den schwersten Fällen) mit Wuthvirus und Toxinen treten. B. übt eine scharfe Kritik an der Statistik Pasteur's und der bekannten Wuthschutzinstitute. Sein Hauptgrund ist dieser: Der Erfolg der Behandlung steht nach B. in geradem und constantem Verhältnisse zu der Reduktion der Incubationzeit. Nun ist seine Methode „sicher im Stande, in allen Fällen das späte Auftreten der Wuth zu verhindern, was die übrigen Behandlungsarten nicht vermögen". Es bleibt abzuwarten, welche Antworten auf B.'s Argumentation erfolgen. Löhlein (Leipzig).

365. **Die akute aufsteigende tödtliche Paralyse nach der antirabischen Behandlung;** von Prof. V. Babes und Dr. Th. Mironescu in Bukarest. (România med. Nr. 617. p. 132. 1908.)

Es entwickeln sich mitunter, in Folge der antirabischen Behandlung, Symptome von Myelitis, die zum Tode führen und von mehreren Autoren als durch die Behandlung abgeschwächte Wuthinfektion angesehen wurden. Eine nähere Untersuchung der Fälle zeigt aber, dass es sich keinesfalls um Lyssa handelt, sondern wahrscheinlich um eine Vergiftung mit antirabischem Toxin, deren Auftreten durch eine besondere Prädisposition möglich gemacht worden ist. Zur Unterstützung dieser Ansicht führen B. u. M. einen kürzlich beobachteten Fall, eine 40jähr., von einem tollen Hunde gebissene Frau betreffend, an. Am 5. Tage der antirabischen Behandlung trat Lähmung der Beine auf, die sich rasch nach oben hin ausbreitete und nach kurzer Zeit zum Tode führte. Bei der *Sektion* fand man ein Oedem der Meningen und des Gehirns und hauptsächlich eine ausgebreitete Degeneririung und Verflüssigung des ganzen Lenden- und unteren Rückenmarkes. Ausserdem bestanden Erscheinungen von Nephritis. Einimpfungen, die man mit Theilen des Rückenmarkes an Kaninchen ausführte, erwiesen, dass es sich keineswegs um Wutherkrankung gehandelt hatte, da die Thiere gesund blieben. Möglicher Weise hatte die bestehende Nierenerkrankung eine normale Ausscheidung der antirabischen Toxine verhindert und hierdurch zu einer toxischen Entartung des Rückenmarkes geführt.

E. Toff (Braila).

366. **Ueber Schutzimpfung gegen Pest auf Formosa;** von Dr. K. Tsukiyama. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LVIII. 3. p. 449. 1908.)

Bericht über die Ergebnisse der Schutzimpfung gegen Pest auf Formosa mit einem von Kitasato hergestellten Impfstoff während der Pestepidemien von 1901 und 1904. Die Morbidität der Geimpften zu der der Nichtgeimpften verhielt sich danach wie 1:36; die Mortalität der trotz der Impfung Erkrankten war gegen die der ohne vorherige Impfung Erkrankten um etwa 30% vermindert.

Löhlein (Leipzig).

367. **Ueber Tuberkulose.** (Schluss; vgl. Jahrbb. CCXCIX. p. 53.)

Klinisches.

262) *Sur une épidémie de tuberculose;* von Dr. Vasseff. (Belg. méd. I. 11. 12. 1906.)

263) *Tuberkulose-Epidemie in Bresnik;* von Prof. A. Bozeusok. (Tuberculosis VI. 11. 1907.)

264) *On the existence af an acute tuberculous ferer in India which has been confused with continous and remittent ferer;* by J. R. Roberts and R. S. Bhandurkar. (Brit. med. Journ. Febr. 15. 1908.)

265) *Ueber Säuglingstuberkulose;* von Dr. P. Geipel. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIII. 1. 1906.)

266) *Echte primäre Perlsucht des Bauchfells beim Kinde;* von Dr. A. Uffenheimer. (Münchn. med. Wchnschr. LII. 29. 1905.)

267) *Tubes mesenteriea due to the borine tubercle bacillus;* by Dr. C. Fife and Dr. M. Ravenel. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. 1905.)

268) *Scrofule et phthisie pulmanaire;* par le Dr. M. Sakerraphes. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 2. 1907.)

269) *Internationale Stadieneintheilung der Lungen-Tuberkulose;* von Prof. A. Kayserling. (Tuberculosis VI. 11. 1907).

270) *Einheitlichkeit in der Behandlung Lungenkranker;* von Dr. G. Liebe. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 2. 1907.)

271) *Beitrag zur bildlichen Darstellung von Lungenbefunden;* von Dr. H. Trunk. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 2. 1907.)

272) *Ueber klinische Formen der chronischen Lungentuberkulose;* von Dr. J. Gabrilowitch. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 1. 1907.)

273) *Febbre premestruale e tubercolosi latente;* per il Dott. P. Galli. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 141. 1907.)

274) *Ueber das Verhalten der Respirationsfrequenz bei Typhus abdominalis und Miliartuberkulose;* von W. Veit. (Med. Klin. III. 24. 1907.)

275) *On tuberculous chlorosis;* by Dr. A. James. (Brit. med. Journ. Dec. 28. 1907.)

276) *Ueber Herz- und Blutbefunde bei Lungentuberkulose;* von Dr. J. Mendl u. Dr. A. Selig. (Prag. med. Wchnschr. XXXII. 10. 1907.)

277) *Beitrag zur klinischen Hämatologie der tuberkulösen Anämien;* von Dr. U. Carpi. (Med. Klin. III. 22. 1907.)

278) *On the behavior af the eosinophile leucocytes in eases of pulmanary tuberculosis;* by Dr. J. Swan and Dr. H. Karsner. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXV. 12. 1907.)

279) *Sulle granulazioni albuminose e grasse dei leucociti, nel sangue degli ammalati di tubercolasi polmonare;* per il Dott. M. V. Carletti. (Gazz. degli Osped. XXIX. 41. 1908.)

280) *Mittheilungen über den Befund von Plasmazellen bei tuberkulös pneumonischen Processen;* von S. Maciesza-Jelenska. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 1. 1907.)

281) *Ueber den Nachweis von Tuberkelbacillen im Blut bei der Lungentuberkulose;* von Dr. H. Lüdke. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 31. 1906.)

282) *Ueber die Verbreitung der Tuberkelbacillen in den Organen der Phthisiker;* von Dr. G. Liebermeister. (Verh. d. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1907.)

283) *Tuberculose pulmonaire et nthérome aortique;* par E. Boinot. (Bull. de l'Acad. de Méd. LVIII. 43. 1907.)

284) *Ueber den Gehalt des Speichels an Rhodankalium bei Tuberkulösen;* von Dr. Ziekgraf. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 3. 1907.)

285) *Gleichzeitig mit Giehlanfällen auftretende Glykosurie bei einem Falle von Lungentuberkulose;* von Dr. G. Schellenberg. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 40. 1907.)

286) *Eliminazione urinaria del cloruro di sodia e cloruria alimentare in alcuni stati patologici;* per il Dott. A. Plessi e C. Tosatti. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 45. 1907.)

287) *Lungenschwindsucht und Hautkrankheiten;* von Dr. S. C. Beck. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLV. 3. 1907.)

288) *Ueber Magen- und Darmstörungen im Initialstadium der Tuberkulose;* von W. Janewski. (Ztschr. f. Tuberk. X. 6. 1907.)

289) *Beobachtungen über die Ehrlich'sche Diazoreaktion bei Lungentuberkulose;* von Dr. M. Weisz. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 44. 1906.)

290) *Ueber das Chromogen des Urochroms als Ursache der Ehrlich'schen Diazoreaktion auf Grund von Untersuchungen des Harns bei Lungentuberkulose;*

von Dr. M. Weisz. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 2. 1907.)

291) *The prognostic value of the diazoreaction in tuberculosis;* by Dr. J. Roy Williams. (Med. Record LXXI. 12. 1907.)

292) *Inwiefern wird das Auftreten von Lungenblutungen durch Witterungsverhältnisse beeinflusst?* von Th. Janssen. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 3. 1907.)

293) *Ueber periodisch auftretende Hämoptöe;* von Dr. P. Schlippe. (Ebenda.)

294) *La ricerca di minime tracce di sangue nelle feci degli ammalati di tubercolosi polmonare;* per il Dott. M. V. Carletti. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 31. 1907.)

295) *Ueber das Vorkommen von Netzhautblutungen bei Miliartuberkulose;* von Dr. H. Marx. (Münchn. med. Wchnschr. LIII. 35. 1906.)

296) *Ueber die Mischinfektion bei Lungentuberkulose und über die ätiologische Bedeutung derselben, sowie der Darmtuberkulose für die Amyloid-Degeneration;* von Dr. J. Sergo. (Ztschr. f. klin. Med. LXI. 3. 4. 1907.)

297) *Die Prognose der chronischen Lungentuberkulose;* von Dr. A. v. Weismayr. (Wien. klin. Rundschau XXI. 11—13. 1907.)

298) *Studies of mixed infection in tuberculosis;* by M. Ravenel and J. Irwin. (III. Ann. Rep. of the H. Phips Inst. Philadelphia 1907.)

299) *Influenza di pregressa infezione da diplococco lanceolato di Fränkel sul decorso della tubercolosi sperimentale;* per il Dott. G. Romanolli (Gazz. degli Osped. XXVIII. 156. 1907.)

300) *Sull'azione predisponente degli espettorati tubercolari all'infezione da streptococco o da pneumococco;* per il Dott. G. Orsi. (Rif. med. XXIII. 19. 1907.)

301) *Etude experimentale de la pleurésie;* par le Dr. P. Cartier. (Paris 1906. G. Steinheil.)

302) *Pulsating pleural effusions;* by W. B. Stanton. (III. Ann. Rep. of the H. Phips Inst. Philadelphia 1907.)

303) *A case of chylothorax;* by J. Penn Milton. (Brit. med. Journ. Nov. 2. 1907.)

304) *Caverna tubercolare solitaria del polmone destro, estirpecatasi all'esterno dopo perforati i muscoli intercostali. Enfisema circoscritto al di sotto del grande pettorale. Intervento chirurgico. Guarigione;* per il Dott. F. Stinelli. (Gazz. degli Osped. XXIX. 26. 1908.)

305) *Ueber Deviationen des Larynx und der Trachea, speciell über Schrägstand der Stimmritze bei Lungentuberkulose;* von Dr. G. Baer. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 9. 1908.)

306) *Ueber chronisch entzündliche Veränderungen in Organgewebea bei Experimentaltuberkulose;* von Dr. J. Bartel. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 28. 1907.)

307) *Ueber experimentelle Lebercirrhose auf tuberkulöser Basis;* von Dr. O. Stoerk. (Ebenda.)

308) *Ueber tuberkulöse Lebercirrhose;* von Dr. N. Jngić. (Ebenda.)

309) *Della cirrosi hepatica di origine tubercolare nell'infancia;* per il Prof. L. M. Spolverini. (Rif. med. XXIII. 20. 1907.)

310) *A case of syphilis, phthisis and locomotor ataxia;* by H. Sutherland. (Brit. med. Journ. March 21. 1908.)

311) *A case of rapid phthisis with pulmonary hypertrophic osteo-arthropathy, in a child of six;* by H. Sutherland. (Edinb. med. Journ. XXII. 6. 1907.)

312) *Sulla complicanza della leucemia con infezione tubercolare;* by Dr. G. Guyot. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 105. 1907.)

313) *Ueber Erscheinungen von Kreislaufstörung bei Miliartuberkulose;* von Dr. A. Herz. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 31. 1906.)

314) *Disturbi della sensibilità nei tubercolosi;* per il Dott. A. Gasparini. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 111. 1907.)

315) *Die psychophysische Gleichgewichtsstörung, nebst Beobachtungen an Phthisikern;* von Dr. Fr. Köhler. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 1. 1907.)

316) *Psychophysische Gleichgewichtsstörung?* von Dr. Kraemer. (Ebenda VIII. 4. 1907.)

317) *Zur psychologischen Analyse in der Medicin und den Intoxikationspsychosen bei Infektionskrankheiten, insbesondere bei Lungentuberkulose;* von Dr. F. Köhler. (Ebenda IX. 2. 1908.)

318) *De la tuberculose primoire du larynx et des rapports entre les tuberculoses laryngée et pulmonaire;* par le Dr. E. Guder. (Revue méd. de la Suisse rom. XXVII. 3. 1907.)

319) *Zum Energieverbrauche bei der Lungentuberkulose;* von Dr. R. Staehelin. (Verh. d. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1907.)

320) *Tuberculosis cutis — lupus vulgaris;* by Dr. J. Breakey. (Physic. n. Surg. XXIX. 1. 1907.)

321) *Chancre tuberculeux;* par A. Fage. (Progrès méd. XXXVII. 10. 1908.)

322) *Zur Aetiologie des Erythema nodosum;* von Dr. W. Hildebrandt. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 7. 1907.)

323) *Tuberculides papulo-nécrotiques;* par J. Brault. (Gaz. des Hôp. LXXX. 89. 1907.)

324) *Some remarks concerning the tuberculides with a report of cases illustrating the papulonecrotic variety;* by Dr. M. B. Hartzell. (New York med. Record LXIX. 25. 1906.)

325) *Nota contributiva al estudio de las tuberculosis cutaneas;* pel Dr. Umbert. (Revue de med. y cir. XXI. 3. 1907.)

326) *Zur Pathologie der Magentuberkulose;* von Dr. P. Barschach. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 3. 1907.)

327) *Ueber eine seltene Form von Tuberkulose der Speiseröhre;* von Dr. H. v. Schröttor. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 38. 1907.)

328) *Pathologisch-anatomische Beobachtungen über primäre Darmtuberkulose;* von Prof. S. Ciechanowski. (Ebenda XX. 37. 1907.)

329) *7 Fälle operativ behandelter hyperplastisch stenosirender Ileocökaltuberkulose;* von Dr. H. Baum. (Münchn. med. Wchnschr. LIII. 35. 1906.)

330) *Einige Fälle von operativ behandelter Ileocäkaltuberkulose;* von Dr. C. Tomita. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 52. 1906.)

331) *Two cases of hyperplastic tuberculosis of the caecum treated by excision: recovery;* by W. Gifford Nash. (Lancet Oct. 5. 1907.)

332) *A lecture on tuberculosis of the caecum, ileocaecal value and appendix;* by C. B. Keetley. (Lancet July 7. 1906.)

333) *Tuberculose de FS iliaque;* by Moty and Huhlé. (Echo méd. du Nord XI. 25. 1907.)

334) *Ein Fall von primärer Hernientuberkulose;* von R. Traina. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XVIII. 5. 1907.)

335) *Note of a case of tuberculous cerebrospinal meningitis;* by Dr. Stanley Hedgson. (Lancet Aug. 3. 1907.)

336) *Two cases of acute tuberculous cerebrospinal meningitis;* by Dr. Stacey Wilson and Dr. J. Millor. (Lancet Sept. 14. 1907.)

337) *Zur Frage der Heilbarkeit und der Therapie der tuberkulösen Meningitis;* von Dr. G. Riebold. (Münchn. med. Wchnschr. LIII. 35. 1906.)

338) *Pathogénie de la tuberculose génito-urinaire chez l'homme;* par le Dr. A. Morelle. (Presse méd. Belge LI. 24. 1907.)

339) *On prognosis in relation to treatment of tuberculosis of the genito-urinary organs;* by Rickman J. Godlee. (Brit. med. Journ. Dec. 14. 1907.)

340) *On tuberculous of the kidney;* by Charters J. Symonds. (Lancet March 21. 28; April 4. 1908.)

341) *Ein Fall von primärer Prostatatuberkulose;* von Dr. J. Sellei. (Ungar. med. Presse XII. 16. 1907.)

342) *Le testicule tuberculeux infantile;* par G. Poissonnier. (Gaz. des Hôp. LXXX. 32. 1907.)

343) *Tubercolosi primitiva dell'epididimo;* per il Dott. R. Babini. (Gaz. degli Osped. XXVIII. 66. 1907.)

344) *Contributo allo studio della tubercolosi primitiva della mammella;* per il Dott. G. Zironi. (Rif. med. XXIII. 16. 1907.)

345) *Ein Fall von Carcinom und Tuberkulose der Mamma;* von A. Fricke. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 4. 1907.)

346) *Altes und Neues zur Nasentuberkulose;* von Dr. G. Cohn. (Arch. f. Laryngol. XIX. 2. 1907.)

347) *Klinische Beiträge zur Tuberkulose des mittleren und inneren Ohres;* von Dr. H. Herzog. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VII. 4. 1907.)

348) *Ueber Tuberkulose des Zahnfleisches;* von Dr. M. Hertz. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XLI. 7. 1907.)

349) *Tuberculosis of the bones and joints of the lower extremity;* by Dr. H. Lilienthal. (New York a. Philad. med. LXXXVI. 26. 1907.)

350) *Sur deux cas de tuberculose musculaire;* par Cornil. (Bull. de l'Acad. de Méd. LVII. 8. 1907.)

351) *Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. Les lipomes d'origine tuberculeuse;* par le Prof. A. Poncet et R. Leriche. (Bull. gén. de Thér. CLIII. 13. 1907. — Bull. de l'Acad. de Méd. LVII. 14. 1907.)

352) *Tuberculose inflammatoire et rachitisme tardif;* par A. Poncet et R. Leriche. (Lyon méd. XXXIX. 41. 1907.)

353) *Tuberculose inflammatoire;* par A. Chalier et V. Cordier. (Lyon méd. XL. 4. 1908.)

354) *L'histoire du rhumatisme tuberculeux et de la tuberculose inflammatoire;* par A. Poncet. (Progrès med. XXIII. 27. 1907.)

355) *Due casi di reumatismo articolare tubercoloso;* per il Dott. G. Alessandri. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 60. 1907.)

Ueber eine eigenartige, in ihrem Verlaufe genau zu verfolgende *Tuberkulose-Epidemie* in einer kleinen Stadt Bulgariens berichtet Vasseff (262). Roberts und Bhaudarkar (264) führen eine grosse Anzahl der in Indien vorkommenden Erkrankungen an Fieber auf Tuberkulose zurück. Diese Erkrankungen, die oft als Typhus oder Malaria angesehen werden, sind durch den Nachweis der Tuberkelbacillen im Urin festgestellt worden. (Dieser Nachweis erscheint indessen nicht sicher erbracht, weil keine Thierversuche angestellt wurden und die Prüfung der Stäbchen durch 25proc. Schwefelsäure und Pappenheim's Mischung nicht als beweiskräftig gelten kann.) Aus diesen fieberhaften Zuständen soll sich oft nach langer Zeit Lungentuberkulose entwickeln; ein Uebergang der akuten fieberhaften Erkrankung in Miliartuberkulose oder ein tödtlicher Ausgang im akuten Stadium kommt nur selten vor.

Eine ausführliche Abhandlung der *Säuglingstuberkulose* finden wir bei Geipel (265), der für seine gründlichen Untersuchungen ein Material von 34 Fällen verarbeiten konnte, darunter auch Leichen von Kindern, die nicht an Tuberkulose gestorben waren, aber doch tuberkulöse Veränderungen früherer Stadien aufwiesen. Geipel konnte fast stets das Bild der Generalisation feststellen und findet die Ursachen dieser Generalisation im Körper des Säuglings, der im Gegensatze zum Erwachsenen dem Eindringen des Infektionträgers und seiner Verbreitung nur schwachen Widerstand entgegenzusetzen vermag. Dementsprechend finden wir eine ausserordentlich hohe Mortalitätziffer der Säuglinge, nahezu 100%, d. h. fast jeder Säugling, in dessen Körper die Tuberkulose Fuss gefasst hat, geht daran zu Grunde. Eine latente Tuberkulose kommt bei Säuglingen nicht zur Beobachtung. Die Oberlappen sind auch beim Säuglinge die Prädilektionstellen für tuberkulöse Processe. Die Cavernen unterscheiden sich von denen Erwachsener dadurch, dass in ihrer Umgebung eine Abkapselung durch eine reaktive Bindegewebsentwickelung nicht zu Stande kommt: die Einschmelzung des Lungengewebes geht rapid vor sich; gleichwohl kommen Blutungen nur selten vor. Die hämatogene Infektion steht beim Säugling an erster Stelle; sie tritt in 2 verschiedenen Formen auf, entweder als grossknotige disseminirte Tuberkulose oder als eine Miliartuberkulose, die der der Erwachsenen ähnlich ist und eine Vereinigung der akuten und chronischen Form darstellt. Sehr häufig finden sich Erkrankungen der Bronchialdrüsen, die mitunter die einzige Lokalisation der Tuberkulose im ganzen Körper vorstellen. Besonders häufig sind die Bifurkationdrüsen ergriffen, seltener die Hilusdrüsen. Auch die Tuberkulose der Gaumentonsillen wurde oft festgestellt.

Fälle von *Perlsucht beim Menschen* (Kindern) werden von Uffenheimer (266) und Fife und Ravenel (267) beschrieben. Während diese eine Infektion durch Kuhmilch annehmen, hält Uffenheimer in seinem Falle eine solche Infektion für ausgeschlossen und nimmt an, dass die Uebertragung vom kranken Menschen (Vater des Kindes) ausgegangen ist, dass die Perlsuchterkrankung beim Menschen als eine abgeschwächte, chronisch verlaufende Tuberkulose anzusehen ist.

Die Beziehungen zwischen *Tuberkulose* und *Scrofulose* erörtert Sakorraphos (268): die Scrofulose betrachtet er als eine abgeschwächte Form der Tuberkulose, die dieser gegenüber wie eine Schutzimpfung wirkt. So ist es zu erklären, dass von den Scrofulösen trotz der erblichen Belastung später so wenige an Lungentuberkulose erkranken und dass in diesen Fällen die Tuberkulose nur selten einen ungünstigen Verlauf nimmt. Diese Annahme wurde durch Versuche bestätigt, die S. mit Tuberkulose-Culturen auf dem Serum Gesunder und Scrofulöser vornahm. Auf dem Serum Scrofulöser wachsen die Culturen langsamer als auf dem Serum Gesunder und zeigen sich für Versuchsthiere weniger virulent.

Die *Stadieneintheilung der Lungentuberkulose* ist nach den Beschlüssen der Wiener Conferenz endgültig geregelt und wird von Kayserling (269) commentirt. Liebe (270) hegt Zweifel, ob diese Stadieneintheilung allgemeine Annahme finden wird, und fordert Einheitlichkeit in der graphischen Darstellung des Lungenbefundes, wozu auch neue Vorschläge von Trunk (271) vorliegen. Besonders Gabrilowitch (272) bemängelt die jetzt eingeführte und angenommene Stadieneintheilung, die dem Arzte nichts zu sagen vermag und den klinischen Anforderungen nicht gerecht wird. Als Hauptgesichtspunkte für eine Eintheilung wären der Verlauf der Krankheit und die Neigung zu ent-

weder bindegewebigen oder käsigen Processen anzusehen. Ferner sind zu unterscheiden die primären und die sekundären Formen mit verschiedenen Unterabtheilungen: Tuberculosis sicca, ulcerosa u. s. w., wobei man sich dem Eindrucke nicht entziehen kann, dass G. etwas willkürlich verfährt.

Unter der Bezeichnung *tuberkulöse Chlorose* macht James (275) auf ein Krankheitbild aufmerksam, das alle Anzeichen einer Chlorose aufweist, bis auf den normalen Blutbefund. Dementsprechend findet man auch keine Besserung des Blutbildes, wenn durch geeignete Behandlung eine Besserung der tuberkulösen Anämie erreicht worden ist. Vielmehr beobachtet man mitunter, dass nach der Heilung der Blutbefund, an Erythrocyten wie an Hämoglobin, ungünstiger ist. J. erklärt sich dies mit einer Verminderung der Gesammtblutmenge in Folge der Tuberkulose, entsprechend der mangelhaften Entwickelung von Herz und Gefässsystem.

Diese angeborene *Kleinheit des Herzens* konnten Mendl und Selig (276) durch orthodiagraphische Untersuchung von 20 Tuberkulösen in verschiedenen Stadien feststellen. Sie sind geneigt, dieses als eine anatomische Disposition anzusehen. Im Uebrigen fanden sie, wie James, meist eine normale Anzahl der rothen Blutkörperchen, aber eine Verminderung des Hämoglobins. Hinsichtlich der Leukocyten erhielten sie so ungleiche Werthe, dass genaue Resultate nicht davon herzuleiten sind. Besonders die Eosinophilie kann weder als charakteristisch für ein bestimmtes Stadium, noch als prognostisch bedeutungsvoll bezeichnet werden.

Annähernd normale Werthe von Erythrocyten und Hämoglobin fand auch Carpi (277) bei den von ihm untersuchten Tuberkulösen. Die Leukocyten zeigen dagegen nach C. deutliche Abweichungen vom normalen Verhalten: eine mit der Schwere der Erkrankung fortschreitende Vermehrung der Eosinophilen. Im Gegensatze dazu fanden Swan und Karsner (278), dass die Eosinophilen mit dem Fortschreiten der Krankheit abnehmen und bei eintretender Besserung zahlreicher zu finden sind.

Degenerationformen, die er mit der Phagocytose erklärt, fand Carletti (279) in den Leukocyten bei Tuberkulösen, und zwar um so zahlreicher, je weiter vorgeschritten die Lungenerkrankung war. Er unterscheidet dabei albuminöse und fettige (sudanophile) Körnchen in den Leukocyten, vernehmlich in den polynucleären Neutrophilen und den Neutrophilen mit polymorphem Kerne. Die Fettgranula treten besonders in Mischinfektionen, in rapide verlaufenden Fällen und gegen Ende der Krankheit auf.

Plasmazellen, die aus den an Ort und Stelle befindlichen oder ausgewanderten hämatogenen Lymphocyten entstehen, fand Maciesca (280) in den Fällen von tuberkulöser Pneumonie stets in grosser Anzahl, niemals aber bei fibrinöser Pneumonie.

Das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blute ist nicht auf die Miliartuberkulose oder das letzte Stadium der Lungentuberkulose beschränkt. Vielmehr konnte Lüdke (281) durch Thierversuche nachweisen, dass bei Kranken mit starker Lungentuberkulose virulente Tuberkelbacillen im Blute kreisen. Auch Liebermeister (282) konnte Tuberkelbacillen im Blute von Phthisikern, auch in weniger vorgeschrittenen Fällen, durch intraperitonäale Einspritzung an Meerschweinchen nachweisen. In Organen, die frei von Tuberkeln waren, aber Veränderungen toxischer Art aufwiesen, liessen sich ebenfalls virulente Tuberkelbacillen nachweisen. Es geht daraus hervor, dass der Körper der Tuberkulösen in späteren Stadien weit stärker mit Bacillen durchseucht ist, als bisher angenommen wurde.

Die Frage, ob *Tuberkulose und Arteriosklerose* sich ausschliessen, wird von Boinet (283) verneint. B. konnte in 125 von 800 zur Autopsie gelangten Fällen das gleichzeitige Vorkommen beider Processe feststellen, beobachtete aber doch, dass die Lungentuberkulose bei Arteriosklerotikern im Allgemeinen torpid oder latent verläuft, so dass es besonderer Aufmerksamkeit bedarf, wenn man nach tuberkulösen Veränderungen sucht. Diese kommen ausser in den Lungen auch an anderen Organen vor, besonders häufig an den Nebennieren, so dass Arteriosklerose verhältnissmässig oft mit Morbus Addisonii complicirt zu sein scheint.

Die Beziehungen zwischen *Tuberkulose und Gicht* werden durch die Untersuchungen Zieckgraf's (284) berührt. Z. konnte nachweisen, dass der Rhodangehalt des Speichels bei Tuberkulösen keine Veränderung erleidet, auch nicht in vorgeschrittenen Fällen. Es ist somit ein neuer Gegensatz zwischen Tuberkulose und Gicht festgestellt, nachdem nachgewiesen ist, dass bei harnsaurer Diathese der Speichel meist frei von Rhodan befunden wird. — Einen Fall von Lungentuberkulose, in dem sich die Gichtanfälle mit Glykosurie vorbanden, beschreibt Schellenberg (285). — Plessi und Tosatti (286) fanden bei fieberfreier Tuberkulose keine Veränderungen der Chlorausscheidung im Urin. Beck (287) weist auf die Bedeutung der *Hautbeschaffenheit* und Hautpflege der Tuberkulösen hin: er fand bei den Männern weit häufiger als bei den Frauen Hautaffektionen verschiedener Art und schliesst daraus, „dass die Haut lungenkranker Männer sowohl für parasitäre, wie physikalische und chemische Reize empfänglicher ist und zu nervösen Störungen grössere Neigung besitzt, als die Haut lungenkranker Frauen".

Die *Magen- und Darmstörungen*, die sich im Verlaufe der Tuberkulose so häufig einstellen, sind nach Janowski (288), sofern nicht ein ausgesprochener Magenkatarrh im Endstadium der Krankheit vorliegt, meist auf Anämie zurückzuführen, aber nicht auf eine *allgemeine* Anämie, sondern auf eine *lokale* Anämie der Magen- oder Darm-

schleimhaut; diese ist als eine vorübergehende, paroxysmale Ischämie anzusehen, wie sie bei Tuberkulösen in Folge von ausserordentlicher Reizbarkeit der vasomotorischen Nerven auch an anderen Organen beobachtet wird.

Ueber die *Diazoreaktion* liegen neue Untersuchungen vor von Weisz (289. 290). Danach ist als die Ursache der Diazoreaktion ein Harnfarbstoff anzusehen, der zum normalen gelben Harnfarbstoff, dem Urochrom, im Verhältnisse des Chromogens steht (Urochromogen). Die Diazoreaktion ist mit dem Zerfall von rothen Blutkörperchen zu erklären, der in Folge von Toxinwirkung eintritt. Die Reaktion ist daher als ein ernstes Symptom anzusehen, wenn ihr auch nicht die unheilvolle Bedeutung zuzusprechen ist, die ihr von mancher Seite zuerkannt worden ist. Eine infauste Bedeutung gewinnt die Reaktion erst, wenn sie dauernd auftritt. Man beobachtet sie übrigens auch im Gefolge von Tuberkulinreaktionen. Sie ist abhängig von einer gewissen Concentration des Urins. Williams (291) räth, wenn die Reaktion negativ ausfällt, eine Wiederholung mit dem Urin, der 24 Stunden lang gestanden hat, vorzunehmen. Hinsichtlich der Prognose stellt er Verschiedenheiten zwischen Weissen und Negern fest.

Dass *Lungenblutungen* von Witterungsverhältnissen abhängig sind, ist nach Janssen (292) wahrscheinlich, insofern die Feuchtigkeit der Luft von Bedeutung ist und bei Winden, die hohen Feuchtigkeitgehalt der Luft bedingen, Blutungen häufiger vorkommen. Sehlippe (293) bespricht die periodisch auftretenden Lungenblutungen und macht darauf aufmerksam, dass die als Ersatz einer Menstrualblutung auftretende Hämoptyse (vicarirende Blutung) durchaus nicht immer prognostisch günstiger anzusehen ist, als eine sonstige Hämoptoe. Carletti (294) macht auf die Darmblutungen aufmerksam, die sich im Verlaufe der Lungentuberkulose, oft schon im Anfangstadium, einstellen können und häufig ohne sonstige Störungen von Seiten der Verdauungsorgane auftreten. Er konnte in zahlreichen Fällen makroskopisch nicht sichtbare Blutspuren in den Faeces durch die Guajac-Terpentinprobe nachweisen und nimmt an, dass diese kleinen Blutungen auf Darmulcerationen zurückzuführen sind. Marx (295) weist auf die Netzhautblutungen hin, die bei Miliartuberkulose vorkommen können.

Ueber die *Mischinfektion* in ihrer Bedeutung für die Lungentuberkulose liegt eine ausführliche und gründliche Arbeit von Sorgo (296) vor. Auf Grund eingehender pathologischer und bakteriologischer Untersuchungen kommt S. zu dem Ergebniss, „dass alle klinischen Symptome (intermittirendes Fieber) und pathologisch-anatomischen Processe (insbesondere pneumonische Veränderungen und cavernöse Processe), welche von manchen Autoren immer auf Rechnung von Mischbakterien gesetzt werden, auch durch den Tuberkelbacillus allein, ohne Mitwirkung anderer Mikroben, erzeugt werden können und sehr häufig erzeugt werden". Die Mischinfektionen werden nicht ganz bestritten; sie werden aber von anderer Seite nach Häufigkeit und Bedeutung überschätzt; sie können selbst bei schweren fieberhaften Phthisen ganz fehlen. Dagegen ist festzustellen, dass die Amyloiddegeneration bei Phthisikern nur vorkommt, wenn entweder eine Mischinfektion oder eine Darmtuberkulose vorliegt. Raveuel und Irwin (298) äussern sich, wenn auch zurückhaltend, im entgegengesetzten Sinne. Laboratoriumuntersuchungen von Romanelli (299) und Orsi (300) konnten den Beweis erbringen, dass die Virulenz von Tuberkelbacillen durch vorangegangene Diplokokkeninfektion erhöht wird, bez. dass die Tuberkuloseinfektion den Verlauf einer Streptokokkeninfektion zu beeinflussen vermag.

Ausführliche Untersuchungen über die Virulenz von Pleuraergüssen, erprobt an Meerschweinchen, veröffentlicht Cartier (301). Stanton (302) behandelt das Thema der pulsirenden Pleuraexsudate. Penn-Milton (303) berichtet über einen im Verlaufe der Lungentuberkulose entstandenen Chylothorax, der nach Punktion und Entleerung von 8.5 Liter Flüssigkeit zusammen mit der tuberkulösen Erkrankung zur Heilung kam. Stinelli (301) sah nach Durchbruch einer Caverne ein Hautemphysem entstehen. Baer (305) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Deviationen von Kehlkopf und Luftröhre, die sich durch einen Schrägstand der Stimmritze anzeigen und in Folge von Schrumpfungprocessen verhältnissmässig häufig vorkommen. Diese cirrhotischen Processe kommen nach Bartel (306) unter Umständen in den Lungen wie in anderen Organen als Ausdruck einer Tuberkuloseinfektion zur Beobachtung. Nach Stoerk (307) und Jagić (308) ist die Tuberkulose gelegentlich auch für Cirrhosen in anderen Organen verantwortlich zu machen. Spolverini (309) beobachtete Lebercirrhose tuberkulösen Ursprungs bei Kindern und nimmt an, dass die passive Hyperämie die Entstehung cirrhotischer Processe anstatt käsiger begünstigt.

Den Zusammenhang von *Syphilis und Tuberkulose* behandelt Sutherland (310). Er (311) berichtet über charakteristische Knochenveränderungen (Trommelschlägerfinger) bei einem an florider Phthise leidenden Kinde.

Den Einfluss der *Tuberkulose auf die Leukämie* beobachtete Gnyot (312): die Leukämie, namentlich die myelogene Form, wird durch die Tuberkulose gebessert; ein Einfluss auf das Blut ist stets nachzuweisen, ein Einfluss auf die anderen Organe häufig.

Die *nervösen Störungen*, die im Verlaufe der Lungentuberkulose vorkommen, sind nach Gasparini (314) als toxämische Erscheinungen aufzufassen, die bei besonders empfänglichen Individuen auftreten. Am häufigsten beobachtet man eine Muskelhyperästhesie, demnächst Hauthyperästhesie. Köhler (315. 317) weist auf die psychophysische Gleichgewichtstörung der Tuberkulösen hin, die hauptsächlich durch die Urtheillosigkeit der Kranken charakterisirt ist und sich namentlich bei Moribunden in den weitausschauenden Zukunftplänen zu erkennen giebt (Gehirnobnubilation). K. nimmt ausser der rein tuberkulös-toxischen Basis noch eine psychopathologische und combinirte Basis an.

Verhältnissmässig spärlich sind die Arbeiten über *Kehlkopftuberkulose*. Guder (318) veröffent-

licht eingehende Untersuchungen, als deren Ergebniss die ausserordentliche Seltenheit der primären Kehlkopftuberkulose zu betonen ist. Die Infektion des Kehlkopfes erfolgt wahrscheinlich auf den Lymphbahnen von den Lungen aus.

Von den tuberkulösen Veränderungen in anderen Organen ist zunächst die *Tuberkulose der Haut* zu erwähnen. Die von Kraus und Gross (l. c.) bei Affen experimentell hervorgerufene Hauttuberkulose ist schon oben bei Besprechung der Frage nach der Identität des Tuberkelbacillus berührt worden. Hier sei noch nachgetragen, dass die Produkte der Perlsuchtimpfung an der Affenhaut, progredient verlaufen, mit Zerfall einhergehen und nur ganz vereinzelt Tuberkelbacillen enthalten, während man bei Impfung mit menschlicher Tuberkulose lokalisirte Veränderungen erhält, die nicht zerfallen, sondern zur Rückbildung neigen, aber grosse Mengen von Bacillen aufweisen. Auch nach Impfung mit Vogeltuberkulose findet man in der Affenhaut sehr grosse Bacillenmengen, obgleich die Vogeltuberkulose, eben so wie die Kaltblütertuberkulose, nur ganz geringfügige klinische Erscheinungen zur Folge hat.

Die tuberkulösen Hautaffektionen nehmen mitunter einen atypischen Verlauf und treten in Formen auf, die eine Verwechselung mit anderen Affektionen ermöglichen. So beobachtete Fago (321) eine Hauttuberkulose, die unter dem Bilde des Schankers verlief. Hildebrandt (322) weist auf die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Erythema nodosum hin und erklärt es für möglich, dass Krankheitserscheinungen, die dem gewöhnlichen Erythema nodosum vollständig gleichen, durch Tuberkelbacillen hervorgerufen werden.

Fälle von papulo-nekrotischem Tuberkulid beschreiben Brault (323) und Hartzell (324), ohne über das Wesen der Tuberkulide neue Aufklärung zu geben.

Zwei Fälle von *Magentuberkulose* berichtet Barsebach (326) unter Hinweis auf das seltene Vorkommen der Tuberkulose im Magen, der durch den Magensaft, die schnelle Entleerung des Inhalts und das Fehlen von lymphatischen Follikeln in wirksamer Weise geschützt zu sein scheint. Nur in der Pylorusgegend trifft man adenoides Gewebe, und somit erklärt es sich, dass die tuberkulösen Veränderungen fast nur am Pylorus zu finden sind, wenn Magenkatarrh und motorische Insuffieienz die natürlichen gegen die Infektion wirkenden Kräfte neutralisiren. Wahrscheinlich lassen sich manche Fälle von Pylorusstenose auf tuberkulöse Processe zurückführen.

Eine zur Striktur (Schwielengewebe) führende Tuberkulose des Oesophagus beschreibt v. Schrötter (327). Der Verlauf des Processes konnte durch Oesophagoskopie genau verfolgt werden. Er begann lange bevor Erscheinungen von Seiten der Lunge vorlagen, und war vermuthlich durch Infektion der Submucosa-Lymphgefässe von den Bronchialdrüsen aus entstanden.

Die Fälle von *Darmtuberkulose*, die in der Literatur zu finden sind, betreffen hauptsächlich die Ileocökalgegend. Baum (329) hält einen Zusammenhang zwischen Ileocökaltuberkulose und Appendicitis nicht für ausgeschlossen, während Tomita (330) einen solchen Zusammenhang nicht anerkennen mag und mehr einen sehr chronischen Process annimmt, dessen Beginn, bei erwachsenen Kranken, meist in die frühe Jugendzeit zu verlegen ist. Beide stimmen darin überein, dass es sich gewöhnlich um eine primäre Erkrankung handelt, die oft die einzige tuberkulöse Lokalisation vorstellt. Auch Keetley (332) hält die primäre ileocökaltuberkulose für das Wahrscheinliche, selbst wenn gleichzeitig Lungentuberkulose besteht. Moty und Hublé (333) weisen darauf hin, dass die Tuberkulose des S romanum oft so lange symptomenlos verlaufen kann, bis schwere Complikationen (Abscessbildung, Perforation, Strangulation) zu Tage treten. Traina (334) veröffentlicht einen Fall von primärer Tuberkulose im Bruchsack einer Schenkelhernie.

Ueber tuberkulöse *Meningitis* liegen nur wenige Mittheilungen vor. Erwähnenswerth ist der von Riebold (337) veröffentlichte Fall einer Heilung von Meningitis, deren Charakter durch den Bacillenbefund wie durch den Thierversuch zweifellos erwiesen war.

Urogenitaltuberkulose. Eine ausführliche Besprechung finden wir bei Morelle (338), Godlee (339) und Symonds (340), der die Nierentuberkulose hauptsächlich vom Gesichtspunkte des Operateurs aus betrachtet. Morelle erörtert die verschiedenen Infektionsmöglichkeiten: die lymphatische Infektion kommt nur ausnahmeweise vor, die hämatogene Infektion bildet die Regel; eine ascendirende Tuberkulose, von der Blase aus, ist noch nicht erwiesen und ist nicht anzunehmen, da die Nierentuberkulose bei gleichzeitiger Erkrankung von Blase und Niere als das primäre anzusehen ist. Ausser von den Nieren aus kann, in selteneren Fällen, eine Tuberkulose der Blase auch von der Prostata aus entstehen. Eine primäre Blasentuberkulose ist auszuschliessen. Die Infektion der Prostata kann durch Blut, Urin und Samen erfolgen, die Infektion der Samenbläschen durch Blut oder Sperma. Die Hoden- und Nebenhodentuberkulose ist auf Blutinfektion zurückzuführen, vielleicht auch abhängig von Prostatatuberkulose. Sellei (341) berichtet über einen Fall von primärer Prostatatuberkulose, der als primär nur insofern anzusehen ist, als andere Theile des Urogenitalsystems frei waren. Poissonnier (342) schildert die Hodentuberkulose bei Kindern.

Ueber primäre Mammatuberkulose berichtet Zironi (344), Fricke (345) über Zusammentreffen von Carcinom und Tuberkulose der Mamma.

Unter den tuberkulösen Affektionen der Nasenhöhle hat man nach Cohn (346) den Lupus von der Tuberkulose zu unterscheiden. Diese befällt decrepide Personen, die meist an einer floriden Phthise leiden, ist also sekundär, führt zu Ulcerationen, schreitet unter Gewebezerstörung weiter

— während der Lupus vorwiegend bei kräftigen, oft bei sonst gesunden und nicht an Tuberkulose leidenden Personen vorkommt, in Granulationen, zumeist am Septum, auftritt und Monate und Jahre lang isolirt bestehen kann.

Ueber die Häufigkeit *tuberkulöser Ohreiterungen* bei Phthisikern, sowie über die bei Phthisikern auftretenden funktionellen Störungen des Gehörs hat Herzog (347) eingehende Untersuchungen angestellt, die u. a. auch die beachtenswerthe Thatsache ergaben, dass das männliche Geschlecht ungleich häufiger von tuberkulösen Ohrerkrankungen befallen wird, als das weibliche.

Während die primäre *Tuberkulose des Zahnfleisches* nach Hertz (348) verhältnissmässig selten und harmlos ist, tritt sekundäre Zahnfleischtuberkulose in vorgeschritteuen Fällen von Lungenschwindsucht ziemlich häufig auf, und es scheint, dass die Zahnkaries die Entstehung der Zahnfleischtuberkulose begünstigt, indem sie durch entzündliche Vorgänge die Disposition des Gewebes erhöht und in den Höhleu der Zähne den eingedrungeneu Tuberkelbacillen günstige Bedingungen für die Weiterentwickelung bietet.

Die auf einer Abschwächung der Virulenz beruhende *entzündliche Tuberkulose* (Tuberculose inflammatoire) ist Gegenstand weiterer Forschungen französischer Gelehrter gewesen. Poncet und Leriche (351) erklären, dass die Lipome, zum Theil wenigstens, tuberkulösen Ursprungs sind, besonders das Lipoma arborescens, und durch Toxinwirkung zu Stande kommen, indem die tuberkulöse Entzündung in ihrer Umgebung hyperplastische Reaktionen auslöst, oder indem eine latente Tuberkulose abnorme periphere Erscheinungen herbeiführt. Als analoge Vorgänge werden die Adenolipomatose scrofulöser Drüsen, die Fettleibigkeit vieler Tuberkulöser, die Fettablagerungen in der Umgebung tuberkulöser Herde angeführt. Dieselben Autoren (352) führen die Erscheinungen der späten Rhachitis (Skoliose, Genu valgum, entzündlichen Plattfuss, Coxa vara u. s. w.) auf diese entzündliche Tuberkulose vermindorter Virulenz zurück. Chalier und Cordier (353) nehmen die „entzündliche Tuberkulose" als Ursache der Aponeurosenretraktion im Handteller und an der Fusssohle an. Als eine Abart dieser „entzündlichen Tuberkulose" ist auch, wie Poncet (354) erneut auseinandersetzt, der tuberkulöse Rheumatismus anzusehen. Einen wichtigen Beitrag zu dieser Frage bringt schliesslich Alessandri (355), der in einem Falle von akutem Gelenkrheumatismus die Umwandlung des Krankheitprocesses in einen tuberkulösen beobachten konnte.

Verhütung. Behandlung.

356) *Die Verbreitung der Tuberkulose durch den Phthisiker und deren Verhütung;* von Dr. A. Sander. (Med. Klinik III. 5. 1907.)

357) *Ueber die Ansteckungsgefahr durch die Lungentuberkulösen in verschiedenen Krankheitsstadien;* von O. V. Petersson. (Nord. med. ark. XXXIX. 6. 1906.)

358) *Infektion der von Lungentuberkulösen benutzten Bücher;* von O. V. Petersson. (Ztschr. f. klin. Med. LXIII. 1907. Ref. von Vierordt, Fortschr. d. Med. XXV. 29. 1907.)

359) *Gegen den Versatz und Verkauf von benutzten Kleidern;* von A. Josefson. (Tuberculosis VII. 1. 1908.)

360) *Goutte de lait et tuberculose infantile;* par le Dr. J. Comby. (Belg. méd. XIV. 17. 18. 1907.)

361) *Die Kindersterblichkeit und Lungentuberkulose in Budapest;* von Dr. H. Pach. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 49. 1906.)

362) *Revealed tuberculosis in children at school ages, from four to fifteen years;* by H. C. Lecky and C. Horton. (Lancet Dec. 28. 1907.)

363) *Tuberculosis among school children;* by Dr. T. N. Kelynack. (Lancet Aug. 17. 1907.)

364) *The care of tuberculous children;* by Dr. T. N. Kelynack. (Brit. med. Journ. Sept. 21. 1907.)

365) *The management and treatment of tuberculosis in infants and children;* by Dr. J. L. Morse. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 8. 1908.)

366) *Tuberculosis among medical students and its possible prevention;* by Dr. U. Wile. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 5. 1908.)

367) *Recherche du bacille de Koch dans l'air des salles occupées par des tuberculeux;* par P. le Noir et J. Camus. (Ann. d'Hyg. publ. IV. 9. 1908.)

368) *Contribution à l'étude de la sterilisation de l'air;* par le Dr. S. Bernheim. (Ztschr. f. Tuberk. III. 12. 1908.)

369) *Ein guter und zugleich billiger Sputum-Desinfektionsapparat;* von Dr. Peters. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 4. 1907.)

370) *Ein Sterilisator für tuberkulöse Sputa;* von Dr. F. Tobiesen. (Tuberculosis VI. 11. 1907.)

371) *Die specifische Bekämpfung der Tuberkulose, nach den Grundsätzen der Koch'schen Seuchenbekämpfung;* von Dr. A. Kayserling. (Tuberculosis VI. 4—7. 1907.)

372) *Die Tuberkulosefrage in Dänemark im Jahre 1906;* von Prof. C. Saugmann. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 2. 1907.)

373) *The modern management of tuberculosis;* by Dr. B. Waters. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVI. 26. 1907.)

374) *Einige Gefahren aus dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung auf dem Lande;* von Dr. Helwes. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 4. 1907.)

375) *The compulsory notification of tuberculosis;* by Dr. N. Raw. (Lancet Nov. 26. 1907.)

376) *Die Bekämpfung der Tuberkulose in Oesterreich 1907;* von Dr. L. Teleky. (Wien u. Leipzig 1907. Wilh. Braumüller.)

377) *Prophylaxie de la tuberculose;* par le Dr. H. Mallet. (Revue méd. de la Suisse rom. XXVII. 3. 1907.)

378) *Why is tuberculosis so common in Ireland?* by Dr. J. Byers. (Lancet Jan. 25. 1908.)

379) *The relation of tuberculosis to municipal and industrial life;* by Dr. C. Stover. (Albany med. Ann. XXVIII. 5. 1907.)

380) *The duties responsibilities and opportunities of the national association for the study and prevention of tuberculosis;* by L. Flick. (Tuberculosis VI. 6. 1907.)

381) *The essentials in the crusade against tuberculosis;* by Dr. L. Flick. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXV. 12. 1907.)

382) *The crusade against tuberculosis;* by Dr. L. Flick. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XVIII. 197. 1907.)

383) *On tuberculosis in childhood and its relation to milk;* by Dr. J. Mc Caw. (Brit. med. Journ. Dec. 21. 1907.)

384) *Compulsory reports and registration of tuberculosis in the United States;* by W. Baldwin. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXIV. 23. 1906.)

385) *Tuberkulosegesetzgebung in der Schweiz;* von Dr. M. Bollag. (Tuberculosis VII. 4. 1908.)

386) *La tuberculose doit-elle être comprise dans le groupe des maladies à declaration obligatoire?* par C. Mongour. (Presse méd. Belge LIX. 11. 1907.)

387) *The campain against tuberculosis in the United States;* by Dr. L. Farrand. (Tuberculosis VII. 3. 1908.)

388) *L'oeuvre de la commission permanente de préservation contre la tuberculose en France (1905—1908);* par le Dr. C. Savoire. (Ibid.)

389) *Ein Verfahren zur Gewinnung einer von lebenden Tuberkelbacillen und anderen lebensfähigen Keimen freien, in ihren genuinen Eigenschaften im Wesentlichen unveränderten Kuhmilch;* von De Waele, Sugg u. Vandevelde. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VII. 3. 1907.)

390) *Entgegnung auf vorstehende Bemerkungen der Herren De Waele, Sugg und Vandevelde;* von Dr. H. Much u. Dr. P. Römer. (Ebenda.)

391) *Wie verhalten sich die nach dem v. Behring'schen Tuberkuloseschutzimpfungsverfahren immunisirten Rinder gegenüber einer wiederholten verstärkten natürlichen Infektion, und wie bewährt sich das Schutzimpfungsverfahren bei der praktischen Bekämpfung der Rindertuberkulose?* von Prof. A. Eber. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIV. 5 u. 6. 1907.)

392) *Zur Frage der Schutzimpfung von Rindern gegen Tuberkulose;* von Prof. F. Hutyra. (Ztschr. f. Thermed. XI. 4 u. 5. 1907. — Ztschr. f. Tuberk. XI. 2. 1907.)

393) *The prevention of tuberculosis; a suggestion;* by A. R. Gunn. (Brit. med. Journ. Febr. 15. 1908.)

394) *The tuberculosis situation in Maryland;* by Dr. H. Barton Jacobs. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XVIII. 197. 1907.)

395) *Un essai de vulgarisation de l'idée antituberculeuse par la presse, en Belgique;* par Lefèvre. (Ber. d. VI. internat. Tuberk.-Conf. Wien 1907. Berlin 1907.)

396) *Der Kampf gegen die Tuberkulose und der Eisenbahnbetrieb;* von Dr. F. Winkler. (Ebenda.)

397) *Fortschritte der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland;* von Prof. A. Kayserling. (Tuberculosis VI. 12. 1907.)

398) *Bericht über die Fortschritte der Tuberkulosebekämpfung in Ungarn;* von Dr. F. Tausk. (Ebenda.)

399) *The crusade against tuberculosis in Germany;* by Dr. E. Looke. (Boston med. a. surg. Journ. CLVI. 13 a. 14. 1907.)

400) *Die Bekämpfung der Tuberkulose in Frankreich;* von Dr. P. Gnston. (Internat. med. Revue Nr. 2. 1907.)

401) *Aufsehung der Tuberkulosebewegung in Bulgarien;* von Prof. A. Bezensek. (Tuberculosis VI. 6. 1907.)

402) *The principles underlying the treatment of tuberculosis;* par le Dr. F. M. Pottengor. (Therap. Gaz. XXXI. 9. 1907.)

403) *Phthisiotherapeutisches in der allgemeinen Praxis;* von Dr. O. Amrein. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXXVII. 21. 1907.)

404) *La suroliamentation comme agent curatif de la phthisie pulmonaire;* par le Dr. M. Sakorraphos. (Progrès méd. XXIII. 21. 1907.)

405) *Diet in pulmonary tuberculosis;* by Dr. H. Clapp. (New York med. Record LXXI. 26. 1907.)

406) *Diet in tuberculosis;* by J. Vernon White. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVI. 18. 1907.)

407) *Zur Therapie der diabetischen Phthise;* von Dr. O. Thorspecken. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 7. 1907.)

408) *Erreurs de régime et accidents de suralimentation chez les tuberculeux;* par M. L. Jnubert. (Lyon méd. XL. 6. 1908.)

409) *Recherches sur l'alimentation des phthisiques;* par A. Robin et M. Binet. (Bull. gen. de Ther. CLI. 18. 1906.)

410) *Ueber den Einfluss der Ernährung auf die Tuberkulose;* von Dr. R. Weigert. (Fortschr. d. Med. XXVI. 1. 1908.)

411) *Der Einfluss von Dorschleberthran auf die Ernährung tuberkulöser Schweine;* von Dr. J. W. Wells. (Manchester Universitätspresse 1907.)

412) *An analysis of the results obtained at the Sidlaw-sanatorium;* by R. Cnmpbell Mnefie. (Lancet June 16. 1906.)

413) *Tuberculosis-anti-tuberculosis. Tuberculo-therapy in tuberculosis;* by Dr. F. W. Forbes Ross. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 5. 1907.)

414) *Tuberculotherapy in tuberculosis;* by Dr. F. W. Forbes Ross. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVI. 19. 1907.)

415) *Observations on the treatment of tuberculosis in Arizona;* by Dr. J. Brewer. (New York med. Record LXXI. 16. 1907.)

416) *Quelques critiques sur les idées modernes en matière de tuberculose;* par le Dr. G. Arthaud. (Progrès méd. XXIII. 34. 1907.)

417) *Mexican mining practice from a tubercular point of view;* by Dr. J. S. Kahn. (Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 2. 1908.)

418) *Ueber Insolation im Hochgebirge;* von Dr. Th. Schneider-Geiger. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 6. 1907.)

419) *On the spread and prevention of tuberculous disease in Pondoland, South Afrika;* by J. Grant Millar. (Brit. med. Journ. Febr. 15. 1908.)

420) *The seashore treatment of the tubercular arthritis of children;* by Dr. A. Miller. (Boston med. a. surg. Journ. CLVII. 20. 1907.)

421) *On the present position of the treatment of tuberculosis by marine climates;* by Dr. W. Ewart. (Brit. med. Journ. May 2. 1907.)

422) *Nordseeklima und Tuberkulosebekämpfung;* von Prof. Tjaden. (Med. Klinik III. 38. 1907.)

423) *Die bessere Ausnutzung des Nordseeklimas für die Prophylaxe der Tuberkulose;* von Prof. Tjaden. (Ber. über d. VI. Vers. d. Tuberk.-Aerzte Berlin 1907.)

424) *Tuberculose et menstruation; influence de la cure climatique;* par L. Jaubert. (Lyon méd. XXXIX. 25. 1907.

425) *Que faut-il penser du sanatorium populaire?* par le Dr. F. Dauwe. (Belgique méd. XV. 1 et 2. 1908.)

426) *Zur Aufklärung über die Kurerfolge des Bades Lippspringe im Vergleich zu denen der Lungenheilstätten;* von Dr. O. Roopke. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 1 u. 2. 1907.)

427) *Zur Tuberkulose-Bekämpfung.* (Verhandl. d. Deutschen Centr.-Comm. Berlin 1907.)

428) *Prophylaxe oder Therapie der Lungentuberkulose;* von E. Rumpf. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 1. 1907.)

429) *Statistische Analyse von Todesfällen in der Heilstätte behandelter Lungentuberkulöser, nebst Untersuchungen über die Beziehungen des tuberkelbacillenhaltigen und tuberkelbacillenfreien Auswurfs zur Lebensprognose;* von Dr. F. Köhler. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 2. 1908.)

430) *Ueber den Begriff der Heilung nach Heilstättenkuren Lungentuberkulöser und seine statistische Verwerthung;* von Dr. F. Köhler. (Tuberculosis VII. 2. 1908.)

431) *Dr. Bulstrode's report on English sanatoria for consumption.* (Ibid.)

432) *Volksheilstätten und Heilstättenwolk;* von Dr. F. Köhler. (Tuberculosis VI. 5. 1907.)

433) *The ultimate test of the sanatorium treatment of pulmonary tuberculosis and its application to the results obtained in the Adirondack Cottage Sanatorium;* by Dr. L. Brown and E. G. Pupe. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 3. 1908.)

Digitized by Google

434) *The treatment of consumption in sanatoriums;* by Dr. R. Buchanan. (Lancet June 30. 1906.)

435) *Eine Stiftung des Fürsten Ferdinand I. von Bulgarien zum Bau eines Sanatoriums für Tuberkulöse;* von Prof. A. Bezensek. (Tuberculosis VII. 1. 1908.)

436) *Avant-projet de sanatorium à Gand;* par le Dr. H. de Waele. (Belgique méd. XIV. 34 et 35. 1907.)

437) *Die steirische Tuberkulose-Heilstätte;* von Dr. T. Pfeiffer. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 45. 1906.)

438) *Ueber die Nothwendigkeit der Errichtung von Heilstätten für unbemittelte deutsche Lungenkranke in Böhmen;* von Dr. G. Weiss. (Prag. med. Wchnschr. XXXII. 21. 1907.)

439) *Zum Capitel der Tuberkulosenfürsorge in Oesterreich;* von Dr. A. Baer. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 5. 1907.)

440) *De sanatorium-behandeling bij de tuberculose der ademhalingsorganen;* del L. F. van der Smau. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. 19. 1907.)

441) *Ueber Tuberkulosebekämpfung im Kindesalter;* von Dr. W. Hufnagel. (Med. Klinik IV. 11. 1908.)

442) *Erfahrungen über Kinderheilstätten;* von Dr. Landgraff. (Ber. uber d. IV. Vers. d. Tuberk.-Aerzte Berlin 1907.)

443) *Consumptive sanatorin: are they worth while?* by Dr. D. Lawson. (Glasgow med. Journ. LXIX. 3. 1908.)

444) *Jahresbericht der Heilstätte Holsterhausen für 1906;* von Dr. F. Köhler. (Centr.-Bl. f. öff. Gesbpfl. XXVI. 7 u. 8. p. 313. 1907.)

445) *Aerztlicher Bericht über das 1. Betriebsjahr der Heilstätte bei Hohenstein Ostpreussen;* von Dr. Lievin. (Königsberg 1907.)

446) *Bericht der Lungenheilstätte Wilhelmsheim für die Jahre 1905 und 1906;* von Dr. Elliesen.

447) *Bericht über das Sanatorium Harlaching für die Jahre 1900—1902.* (Ann. d. städt. allg. Krankenh. zu München XII. 1900—1902.

448) *Jahresbericht 1906 des Sanatoriums St. Blasien;* von Dr. A. Sander.

449) *Bericht der Heilanstalt Reiboldsgrün i. V. 1905—1907.*

450) *Jahresbericht des Sanatoriums Schömberg, O.-A. Neuenbürg, älteste Heilanstalt Württembergs für Lungenkranke, für das Jahr 1906, mit therapeutischen Bemerkungen, namentlich über Tuberkulin;* von Dr. A. Koch. (Med. Corr.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver. LXXVII. 36. 1907.)

451) *VIII. Jahresbericht der neuen Heilanstalt für Lungenkranke zu Schömberg O.-A. Neuenbürg, nebst Bemerkungen zur Therapie der Hämoptöe;* von Dr. G. Schröder u. Dr. Kaufmann. (Med. Corr.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver. LXXVII. 15 u. 16. 1907.)

452) *Jahresbericht für 1906 des Schwarzwaldheim, süddeutsche Heilanstalt für Lungenkranke in Schömberg, O.-A. Neuenbürg;* von Dr. A. Dünges. (Med. Corr.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver. LXXVII. 18. 1907.)

453) *Jahresbericht der Heilstätte Friedrichsheim über das Jahr 1906;* von Dr. Cnrschmann. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 6. 1907.)

454) *Jahresbericht des Vereins zur Gründung und zum Betrieb von Volksheilstätten für Lungenkranke in den Niederlanden für das Jahr 1907;* von Dr. R. de Josselin de Jong. (Tuberculosis VI. 7. 1907.)

455) *Die Auslese Lungenkranker für die Volksheilstätten;* von Dr. A. Scherer. (Med. Klinik III. 19 u. 20. 1907.)

456) *Ueber die Dauer der Kur in den Heilstätten für Lungenkranke und deren Bewerthung im Allgemeinen;* von Dr. G. Schröder. (Ber. überd. IV. Vers. d. Tuberk.-Aerzte Berlin 1907.)

457) *Welche Lungenkranken gehören in die Heilstätten?* von Dr. G. Schröder. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 2. 1907.)

458) *Ueber Krankenauswahl und Kurdauer in den Volksheilstätten;* von Dr. F. Wolff. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 3. 1907.)

459) *The advantages of sanatorium regime in tuberculosis, with especial refereuce to the treatment of extra-pulmonary lesions;* by Dr. F. M. Pottenger. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 2. 1908.)

460) *Graduated labour in pulmonary tuberculosis;* by M. Paterson. (Lancet Jan. 25. 1908.)

461) *Rest and exercise in tuberculosis;* by Dr. W. Stanton. (Proceed. of the Philad. Count. med. Soc. XXVI. 6 a. 7. 1905.)

462) *Upon what does the cure of tuberculosis depend?* by Dr. F. M. Pottenger. (New York med. Record LXXII. 4. 1908.)

463) *Was dürfen Heilstätten kosten?* von Prof. G. Tannwitz. (Ber. d. VI. internat. Tuberk.-Conf. Wien 1907.)

464) *Was dürfen Heilstätten kosten?* von Prof. A. Kuttner. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 6. 1907.)

465) *The organization of tuberculosis classes;* by Dr. J. Pratt. (Boston med. a. surg. Journ. CLVII. 9. 1907.)

466) *The after-care of tuberculosis with refereuce to employment;* by Dr. H. R. M. Landis. (New York med. Record LXXIII. 5. 1908.)

467) *Pulmonary tuberculosis; some of the details of its modern hygienic treatment which can be applied in treating the patient at his own home;* by Dr. H. Clapp. (New York med. Record LXXI. 18. 1907.)

468) *Early diagnosis and home treatment of pulmonary tuberculosis;* by Dr. E. Keating. (New York med. Record LXXII. 3. 1907.)

469) *One year's experience in the home treatment of tuberculosis;* par le Dr. W. Donald. (Therap. Gaz. XXXI. 9. 1907.)

470) *Phthisis tent for out-door life;* by Dr. N. Jenkins. (New York med. Record LXXII. 10. 1907.)

471) *Praktische Selbsthülfe für Lungenkranke und deren Angehörige;* von Dr. W. Müller. (Leipzig 1907. O. Borggold.)

472) *Die Spitalsbehandlung der Lungentuberkulose;* von Dr. A. Baer. (Wien. med. Wchnschr. LIV. 33—35. 1904.)

473) *Report of the apparent cure of two cases of pulmonary tuberculosis treated in the annex of the post-graduate hospital;* by Dr. W. Jay Mersereau. (Post-Graduate XXI. 3. 1906.)

474) *Ueber Behandlung und Unterbringung von Tuberkulösen in allgemeinen Krankenhäusern und dem neuen Pavillon für Lungenkranke in der städtischen Krankenanstalt in Kiel;* von Prof. G. Hoppe-Seyler. (Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XXXIX. 3. 1907.)

475) *Das Pflegeheim für lungenkranke Männer „Gute Hoffnung";* von Dr. Feldmann. (Tuberculosis VII. 1. 1908.)

476) *Ein Plan zur Ordnung der Tuberkulosekrankenfrage in Schweden;* von Dr. K. A. Fryxell. (Tuberculosis VII. 3. 1908.)

477) *The treatment and care of advanced cases of pulmonary tuberculosis;* by Dr. S. A. Knopf. (New York med. Record LXVIII. 21. 1905.)

478) *Die Stellung der Fürsorgestellen für Lungenkranke im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit;* von Dr. H. Beschorner. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 38. 39. 1907.)

479) *Die Orgonisation und das Zusammenwirken antituberkulöser Maassnahmen; die Fürsorgestelle als Mittelpunkt;* von Prof. R. W. Philip. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 16. 1907.)

480) *Oeuvre des tuberculeux, Liège. Dispensaire Hortense Montefiore;* par F. Putzeys et E. Malvoz. (Tuberculosis VI. 7. 1907.)

481) *Les dispensaires antituberculeux belges;* par le Lefèvre. (Tuberculosis VII. 2. 1908.)

482) *Un essai d'organisation économique de la lutte contre la tuberculose;* par A. Robin. (Bull. de l'Acad. de Méd. LVII. 17. 1907. — Bull. gén. Thér. CLIII. 20. 1907.)

483) *Le rôle des infirmières visiteuses dans la lutte antituberculeuse en Amérique;* par Mlle. Johnson. (Ann. d'Hyg. publ. IV. 9. 1908.)

484) *A brief report of the first two year's work in the Phipps dispensary for tuberculosis of the Johns Hopkins hospital;* by Dr. L. Hamman. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XVIII. 197. 1907.)

485) *The daily care of consumptives at a general hospital as an aid to solving local tuberculosis problems;* by Dr. A. Stone and Dr. C. Floyd. (Boston med. a. surg. Journ. CLVII. 5. 1907.)

486) *District nursing and extra diet in the treatment of tuberculous patients at the presbyterian hospital dispensary;* by Dr. H. Shively. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXV. 7. 1907.)

487) *Der gegenwärtige Stand der Forschungsergebnisse über Tuberkuloseimmunität;* von Dr. E. Löwenstein. (Tuberculosis VI. 6. 1907.)

488) *Blutuntersuchungen über Tuberkulose-Immunkörper;* von Dr. P. Bermbach. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 3. 1908.)

489) *Die Immunitätsreaktionen tuberkulösen Gewebes und deren Zusammenhang mit der Theorie der Tuberkulinwirkung;* von Prof. J. Morgenroth u. Dr. L. Rabinowitsch. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 18. 1907.)

490) *Zur Erklärung der Tuberkulinreaktion durch Autituberkulin im tuberkulösen Herd;* von Dr. E. Weil. (München. med. Wchnschr. LIV. 6. 1907.)

491) *Pleurite tubercolare sperimentale dei coniglie mezzi artificiali di difesa;* per il Dott. M. Piana. (Ann. de Inst. Maragliana II. 2. 1907.)

492) *Stand der specifischen Behandlung der Tuberkulose;* von Dr. Bandelier. (Tuberculosis VII. 1. 1908.)

493) *Stand der specifischen Therapie der Lymphdrüsen-Tuberkulose Ende 1907;* von Dr. Krause. (Tuberculosis VII. 4. 1908.)

494) *Case of tuberculous meningitis in boy treated with tuberculin; recovery; recurrence and death;* by A. Don. (Brit. med. Journ. June 8. 1907.)

495) *The treatment of tuberculosis of the urinary system by tuberculin (T. R.);* by J. Pardoe. (Transact. of the Med. de Chir. London 1906.)

496) *The treatment of bacterial infections by vaccines;* by Dr. G. T. Western. (Lancet Dec. 17. 1907.)

497) *Zur Vereinfachung der Tuberkulinreaktion;* von Dr. K. Gerson. (Med. Klinik III. 47. 1907.)

498) *Das Tuberkulin in der Hand des praktischen Arztes;* von Dr. H. Weicker. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 49. 50. 1907.)

499) *Erfahrungen mit Alt-Tuberkulin in der Privatpraxis;* von Dr. W. Holdheim. (Med. Klinik III. 50. 1907.)

500) *A plea for the use of tuberculin within and without sanatoriums;* by Dr. W. Camac Wilkinson. (Brit. med. Journ. June 1. 1907.)

501) *Beiträge zur systematischen Behandlung der Lungentuberkulose;* von Dr. J. Mitulescu. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 3. 1907.)

502) *Aus meinen Erfahrungen mit Tuberkulin;* von Dr. W. Raudnitz. (Prag. med. Wchnschr. XXXII. 34. 1907.)

503) *Tuberculin treatment of tuberculosis in children;* by Dr. C. Riviere. (Brit. med. Journ. Oct. 26. 1907.)

504) *Ueber die Heilbarkeit der Tuberkulose und über die therapeutische Verwendbarkeit des Tuberkulins im Kindesalter;* von Dr. Engel. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VII. 3. 1907.)

505) *Additional observations of remarkable results from the use of immunity treatment in tuberculosis;* by Dr. A. Kinney. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 3. 1908.)

506) *Zur Pepsinverdauung des Tuberkulins;* von Dr. T. Pfeiffer u. Dr. H. Trunk. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 3. 1908.)

507) *The therapeutic use of normal serums;* by E. C. Hort. (Lancet Jan. 24. 1908.)

508) *Tuberkulinsuppositorien;* von Dr. A. Lissauer. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 33. 1907.)

509) *On the general principles of the therapeutic inoculation of bacterial vaccines as applied to the treatment of tuberculous infection;* by Dr. A. E. Wright. (Transact. of the Med. de Chir. London 1906.)

510) *Studies in connexion with therapeutic immunisation;* by Dr. A. E. Wright, S. R. Douglas, J. Freeman, Dr. J. H. Wells, A. Fleming. (Lancet Dec. 2. 1907.)

511) *A study of some points in relation to the administration of tuberculin T. R.;* by Dr. D. Lawson and Dr. J. Struthers Stewart. (Transact of the Med. de Chir. London 1906.)

512) *The treatment of tuberculosis by tuberculin;* by Dr. W. Bulloch. (Ibid.)

513) *Die Wright'schen Opsonine bei akuten Infektionskrankheiten;* von Dr. O. Boelke. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 37. 1907.)

514) *A. E. Wright's Inoculationsmethode;* von Dr. Th. Neubürger. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 51. 1907.)

515) *Ueber opsonische Technik;* von Dr. Strubell. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19. 1908.)

516) *Specific therapy in tuberculosis;* by Dr. G. Evans. (Calif. State Journ. of Med. V. 6. 1907.)

517) *On the opsonic index of tuberculous patients undergoing sanatorium treatment;* by G. Crace-Calwert. (Brit. med. Journ. Nr. 2375. 1907.)

518) *The opsonic index to various organisms in the sane and insane;* by Dr. C. J. Shaw. (Lancet May 12. 1907.)

519) *Experience with opsonins and bacterial vaccines in the treatment of tuberculous and non tuberculous arthritis;* by Dr. C. Painter. (Boston med. a. surg. Journ. CLVII. 19. 1907.)

520) *On the effect of tuberculin on the general tuberculo-opsonic index in tuberculous patients;* by H. Clarke and H. Sutherland. (Lancet July 14. 1907.)

521) *Tuberculin immunization in the treatment of pulmonary tuberculosis;* by Dr. E. L. Trudeau. (Amer. Journ. of med. Sc. CXXXIII. 6. 1907.)

522) *Tuberculose et tuberculine;* par le Dr. De Stella. (Belgique méd. XIV. 49 et 50. 1907.)

523) *Il potere opsonico del siero di sangue di soggetti tubercolosi;* per il Dott. G. Romanelli. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 108. 1907.)

524) *Influence de la tuberculine sur la phagocytose in vivo du bacille tuberculeux;* par les DDr. A. Calmette, M. Breton et G. Petit. (Echo méd. du Nord XI. 44. 1907.)

525) *The cell as a factor in phagocytosis;* by H. Wansey Bayly. (Lancet April 22. 1908.)

526) *The effect of exercise on the opsonic index of patients suffering from pulmonary tuberculosis;* by A. C. Inman. (Lancet Jan 8. 1908.)

527) *Note upon the tuberculo-opsonic index of the urine and sweat in health and in tuberculous disease;* by Dr. J. Miller. (Lancet April 4. 1908.)

528) *On opsonins in relation to the specific treatment of tuberculosis;* by Dr. E. Squire. (Brit. med. Journ. June 21. 1907.)

529) *Observations on the opsonins, with special regard to lupus vulgaris;* by A. Reyn and Dr. R. Kjer-Petersen. (Lancet March 28, April 4. 1908.)

530) *Erfahrungen mit Tuberkulin und mit anderen Produkten des Tuberkelbacillus in der Behandlung der Lungenschwindsucht;* von Dr. K. v. Ruck. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 6. 1907.)

531) *Sixteen years' experience with tuberculin and with other products of the tubercle bacillus in the treat-*

ment of pulmonary tuberculosis; by Dr. K. v. Ruck. (New York med. Record LXXII. 10. 1907.)

532) *Beitrag zur Alt-Tuberkulin-Behandlung;* von Kuthy. (Ber. d. VI. internat. Tuberk.-Conf. Wien 1907.)

533) *Some experience with tuberculin;* by Dr. L. Rosenberg. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVI. 17. 1907.)

534) *Ueber neuere Heilmittel gegen Lungentuberkulose;* von Prof. P. Hilbert. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 50. 1907.)

535) *Ueber die Behandlung der Tuberkulose mit Marmorek-Serum und Neutuberkulin (Bacillenemulsion), nebst einigen Ausblicken in die Zukunft der Tuberkulosebekämpfung;* von Dr. M. Elsaesser. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 51. 1907.)

536) *Phthisiotherapy by means of emulsion of bacilli (Koch);* by Dr. W. Meyer. (New York med. Record LXXII. 11. 1907.)

537) *Die Herstellung des neuen Tuberkulins;* von Prof. Ruppel. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 5. 1908.)

538) *Weitere Tuberkulin-Erfahrungen;* von Dr. O. Amrein. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 4. 1907.)

539) *The treatment of tuberculosis by different kinds of tuberculin;* by Dr. N. Raw. (Tuberculosis VII. 4. 1908. — Lancet Febr. 8. 1908.)

540) *Die Grundprincipien des Carl Spengler'schen Tuberkulose-Schutz- und Heilimpfverfahrens;* von Dr. H. Brauns. (Ber. über d. IV. Vers. d. Tuberk.-Aerzte Berlin 1907.)

541) *On a specific treatment of leprosy;* von Prof. Deycke. (Brit. med. Journ. April 4. 1906.)

542) *Een middel tot behandeling van tuberkulose;* del A. H. Haentjens. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. 24. 1907.)

543) *Tuberkeltoxinstudien II;* von Dr. A. H. Haentjens. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 4. 1907.)

544) *Specifisches Tuberkulin. Eine neue Behandlungsmethode der Tuberkulose, bisher erprobt an Tuberkulose der Lungen, Drüsen und des Kehlkopfes;* von Dr. Krause. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 5. 1907.)

545) *Immunisation bei Tuberkulose;* von Prof. E. Klebs. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 3. 1908.)

546) *Ueber die Behandlung von Lungentuberkulosen mit Marmorek's Antituberkuloseserum;* von Dr. Th. Pfeiffer u. Dr. H. Trunk. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 4. 1907.)

547) *Ueber meine Erfolge mit Dr. Marmorek's Aatituberkuloseserum;* von Dr. E. Ullmann. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 1. 1908.)

548) *Essai sur le traitement de la tuberculose laryngée par le sérum de Marmorek;* par le Dr. G. A. Weil. (Progrès méd. XXIII. 20. 1907.)

549) *Ueber das Marmorek'sche Serum in der Therapie der chirurgischen Tuberkulose;* von Prof. A. Hoffa. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 44. 1906.)

550) *Ueber die Behandlung der Tuberkulose mit Marmorek'schem Serum;* von Dr. H. M. Hymans u. L. Polak Daniels. (Berl. klin. Wchnschr. XIAV. 18. 49. 1907.)

551) *Over behandeling van tuberculose met het serum van Marmorek;* door Dr. H. M. Hijmans en L. Polak Daniels. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. 13. 1907.)

552) *Specifische Behandlung der Tuberkulose durch passive Immunisirung;* von Dr. F. A. Elsaesser. (Ztschr. f. Tuberk. XI. 4. 1907.)

554) *Ueber einige Fälle von Lungentuberkulose, mit Dr. Marmorek's Antituberkuloseserum behandelt;* von W. Holmboe. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 2. 1908.)

555) *Erfolglose Behandlung scrofulöser Augenkrankheiten mit Antituberkuloseserum Marmorek;* von Dr. E. Bock. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 38. 1907.)

556) *La cura della tubercolosi col siero antitubercolare;* per il Prof. E. Maragliano. (Ann. do Inst. Maragliano II. 3. 1907.)

557) *Die specifische Therapie der Tuberkulose;* von Prof. E. Maragliano. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 43—45. 1906.)

558) *La sieroterapia nelle iriti tubercolari sperimentali;* per il Dott. G. Basso. (Ann. de Inst. Maragliano II. 2. 1907.)

559) *Contributo allo studio clinico e terapeutico dell'infezione tubercolare;* per il Dott. Germani. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 66. 1907.)

560) *Contributo al trattamento della tubercolosi;* per il Dott. A. Germani. (Ibid. XXVIII. 69. 1907.)

561) *Ulteriori communicazioni sul trattamento della tubercolosi col siero Maragliano;* per il Prof. Monti. (Ibid. XXIX. 2. 1908.)

562) *Contributo clinico alla terapia specifica antitubercolare;* per il Dott. Ballero. (Ibid. XXIX. 20. 1908.)

563) *Contributi clinici allo studio della terapia specifica della tubercolosi;* per il Dott. A. Cambiaso. (Ibid. XXIX. 29. 1908.)

564) *Broncopneumonite tubercolare febbrile trattata colla terapia specifica. Guarigione persistente da due anni;* per il Dott. A. Cambiaso. (Ibid. XXIX. 14. 1908.)

565) *Contributo clinico allo studio della terapia specifica della tubercolosi;* per il Dott. Cambiaso. (Ibid. XXIX. 41. 1908.)

566) *Serum treatment in tuberculosis;* by L. Flick. (III. Ann. Rep. of the H. Phips Inst. Philadelphia 1907.)

567) *The therapeutic uses of normal serums;* by E. C. Hort. (Brit. med. Journ. April 11. 1908.)

568) *Experimentaluntersuchungen über den Einfluss von organischen Substanzen auf den Gang der Tuberkuloseinfektion beim Meerschweinchen;* von Dr. J. Bartel u. Dr. W. Neumann. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 43. 44. 1907.)

569) *Traitement de la tuberculose basé sur l'action antitoxique du foie par la paratoxia;* par le Prof. E. Gérard et Prof. G. Lemoine. (Bull. gén. de Thér. CLIV. 21. 1907.)

570) *Die Vermehrung der rothen und weissen Blutkörperchen und des Hämoglobins durch die Lungensaugmaske und ihre Beziehung zum Höhenklima;* von Dr. E. Kuhn. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 35. 1907.)

571) *Hyperämiebehandlung der Lungen vermittelst der Lungensaugmaske;* von Dr. F. Kuhn. (Verh. d. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1907.)

572) *Bericht über die Fürstlich Hohenlohe'sche Lungenheilstätte Slawentzitz O.-S. für die Jahre 1906 und 1907;* von Dr. Stolzenburg.

573) *Kuhn's lung suction mask for the hyperemic treatment (Bier) of pulmonary tuberculosis;* by Dr. W. Meyer. (Med. Record LXXII. 19. 1907.)

574) *Some notes on the etiology, prophylaxis and therapeutics of laryngeal tuberculosis;* by Dr. S. A. Knopf and Dr. A. Huey. (Med. Record LXXIII. 8. 1908.)

575) *The Bier suction treatment of tubercular sinuses;* by J. Warren Sever. (Boston med. a. surg. Journ. CLVI. 23. 1907.)

576) *Les réactions de défense de l'organisme contre la tuberculose pulmonaire chronique;* par M. Hirtz. (Gaz. des Hôp. LXXX. 76. 1907.)

577) *Funktionelle Ruhe der Lungen und Coordination der Athmungsbewegungen bei Lungentuberkulose;* von Dr. A. N. Rubel. (Ztschr. f. Tuberk. X. 3. 4. 1907.)

578) *Ueber die Anwendung des künstlichen Pneumothorax in der Behandlung der Lungentuberkulose;* von Prof. C. Saugmann. (Ztschr. f. Tuberk. XII. 1. 1908.)

579) *Therapeutische Versuche mit künstlichem Pneumothorax;* von K. Lexer. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 1. 1907.)

580) *De la thoracocentèse dans le pneumothorax tuberculeux;* par F. Monissot et P. Jouffray. (Lyon méd. XXXIX. 52. 1907.)

581) *Die Lungentuberkulose vom chirurgischen Standpunkte;* von Dr. K. Parascandolo. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 41—44. 1907.)

582) *Künstlicher Pneumothorax und opsonischer Index;* von Dr. H. Pigger. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 4. 1907.)

583) *Ueber die Heilwirkung des natürlich entstandenen Pneumothorax auf den Verlauf der gleichseitigen Lungentuberkulose;* von Dr. F. Steinbach. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. IX. 2. 1908.)

584) *Beiträge zur Behandlung der tuberkulösen Lungenspitzenphthise und des alveolären Emphysems durch operative Mobilisation des in der oberen Apertur stenosirten und starr dilatirten Thorax;* von W. A. Freund. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 48. 1907.)

585) *Die Resektion des I. Rippenknorpels wegen beginnender Lungenspitzentuberkulose;* von Prof. W. Kausch. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 50. 1907.)

586) *Nuova cura fisio-meranica della tubercolosi polmonare e della pleurite mediante lo emi-esotorace pneumatico;* per il Dott. G. Scarpa. (Torino 1907.)

587) *Lungentuberkulose und Unterbrechung der Gravidität;* von Prof. Bumm. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 13. 1908.)

588) *Puerperio e tubercolosi;* per il Dott. G. Carli. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 84. 1907.)

589) *Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft;* von Dr. C. Pradolla. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 2. 1907.)

590) *Tuberkulose und Schwangerschaft;* von J. Veit. (Ther. d. Gegenw. N. F. VIII. 11. 1906.)

591) *Schwangerschaft und Tuberkulose;* von Dr. H. Bollenhagen. (Würzb. Abhandl. VIII. 1. 1907.)

592) *Tuberkulose und Gravidität;* von Dr. G. Schwartz. (Med. Klinik III. 11. 1907.)

593) *Ueber die Heliotropie und über ihren Werth bei Erkrankungen der Respirationsorgane;* von Dr. J. v. Szabóky. (Wien. klin. Rundschau XXI. 33. 1907.)

594) *Die Combination von Milchsäurebehandlung und Sonnenbelichtung bei einem tuberkulösen Geschwüre der Unterlippe;* von Dr. M. Weisz. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 46. 1906.)

595) *Ueber die Anwendung von Sonnenbädern bei Peritonitis tuberculosa;* von Dr. K. Oppenheimer. (Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. X. 10. 1907.)

596) *Heilung von Peritonitis tuberculosa durch Sonnenbestrahlung;* von Dr. M. Scheimpflug. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 52. 1907.)

597) *Certain aspects of the treatment of pulmonary tuberculosis;* by Dr. R. W. Philip. (Fol. therap. I. 4. 1907.)

598) *Le rein tuberculeux est susceptible de guérison par les moyens médicaux;* par le Dr. V. Pechère. (Presse méd. Belge LIX. 37. 1907.)

599) *Ueber die Fortschritte der arzneilichen und specifischen Behandlung der Tuberkulose des Menschen in den letzten 10 Jahren;* von Dr. G. Schröder. (Med. Klinik III. 31. 1907.)

600) *Ueber Anwendungsweise und Nutzen der Kreosottherapie als eines medikamentösen Adjuvans der modernen Lungenheilstätten;* von Dr. S. Daus. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. IX. 2. 1908.)

601) *Die Wirkung des Thiocols bei Tuberkulose;* von E. Tomarkin. (Ztschr. f. Tuberk. 3. 4. p. 229. 339. 1907.)

602) *Zur Behandlung der Tuberkulose mit Eucalyptusölinjektionen;* von Dr. Blümel. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. VIII. 2. 1907.)

603) *Beiträge zur intravenösen Hgtolbehandlung der Tuberkulose;* von Dr. S. Goldschmidt u. Dr. N. Knobel. (Ebenda.)

604) *Cellotropin, ein neues Tuberkulose-Heilmittel;* von Dr. Kapp. (Med. Rundschau Nr. 21. 1904.)

605) *Cellotropin als Tuberkulose-Heilmittel;* von Dr. W. Meithner. (Med. Woche Nr. 8. 9. 1906.)

606) *Praktische Erfahrungen mit Cellotropin;* von Dr. J. Weiss. (Heilkde. XI. 1. 1907.)

607) *Il platino colloidale nella cura della tubercolosi polmonare;* per il Dott. G. Manfrini. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 108. 1907.)

608) *Ein neues Verfahren zur Behandlung der Lungentuberkulose;* von Dr. E. Gunea. (Wien. med. Wchnschr. LIV. 35. 1904.)

609) *Is the use of iodide of potassium admissible in pulmonary tuberculosis?* by Dr. H. Landis. (Therap. Gaz. XXXI. 4. 1907.)

610) *Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali circa l'azione del jodo nella cura degli essudati tubercolari;* per il Prof. A. Calabrese. (Rif. med. XXIII. 40. 1907.)

611) *Sul modo di comportarsi verso l'infezione tubercolare sperimentale delle sostanze medicamentose comunemente usate contro la tubercolosi del polmone;* per il Dott. S. Liviorato. (Ann. de Inst. Maragliano II. 2. 1907.)

612) *Pyrexia in tuberculosis;* by Dr. H. Loomis. (Med. Record LXXI. 25. 1907.)

613) *Intorno all'azione antipiretica della Maretina nelle forme tubercolari;* per il Dott. U. Fabris. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 117. 1907.)

614) *Ueber Maretinvergiftung;* von Dr. F. Port. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 35. 1907.)

615) *Sulla maretina;* per il Dott. G. Zille. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 144. 1907.)

616) *Sull'impiego del nitrito d'amile nella cura delle emottisi tubercolari;* per il Dott. A. Braga. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 153. 1907.)

617) *The free use of amyl nitrite in pulmonary haemorrhage;* by A. Lundio. (Lancet Nr. 4406. 1908.)

618) *Il nitrito di amile nelle emottisi tubercolari;* per il Dott. L. Fochi. (Gazz. degli Osped. XXIX. 11. 1908.)

619) *Ancora sull'azione del nitrito di sodio e del nitrito di amile in certi tipi di emottisi. Possono le dette sostanze servire in altre forme di emorragia?* per il Dott. A. Campani. (Gazz. degli Osped. XXIX. 29. 1908.)

620) *The blood pressure as a guide in the treatment of haemoptysis;* by Dr. E. Otis. (Boston med. a. surg. Journ. CLVII. 7. 1907.)

621) *Zur Behandlung der Nachtschweisse der Phthisiker;* von Dr. Heuer. (Ber. über d. VI. Vers. d. Tuberk.-Aerzte. Berlin 1907.)

622) *A case of cavity of the lung successfully treated with ozone;* by G. Stoker. (Lancet April 18. 1908.)

623) *Zur Heilung der Larynxtuberkulose;* von Dr. A. Alexander. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 9. 1906.)

624) *Was können wir von der Behandlung der Kehlkopftuberkulose erwarten?* von Prof. Friedrich. (Med. Klinik IV. 16. 1908.)

625) *On complete vocal rest during the sanatorium treatment of laryngeal tuberculosis;* by Dr. N. Bardswell and B. Adams. (Brit. med. Journ. July 7. 1907.)

626) *A contribution to the value of complete vocal rest as an aid to recovery from laryngeal tuberculosis and allied conditions during sanatorium treatment;* by Dr. H. G. Folkin. (Brit. med. Journ. July 14. 1907.)

627) *Die Behandlung der Larynxtuberkulose;* von Prof. A. Jurasz. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 27. 1907.)

628) *Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose;* von Dr. Hamm. (Therap. Monatsh. XIX. 7. 1905.)

629) *Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberkulose;* von Dr. G. Finder. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 9. 1906.)

630) *Ueber curative Tracheotomie bei Larynxtuberkulose;* von Prof. Hinsberg. (Med. Klin. IV. 16. 1908.)

631) *Die Fortschritte der Laryngologie seit den Zeiten Türck's und Czermak's;* von Dr. O. Frese. (Ebenda.)

Digitized by Google

632) *Traitement de la péritonite tuberculeuse;* par le Prof. A. Robin. (Bull. gén. de Thér. CLIV. 16. 1907.)

633) *Sul trattamento delle peritoniti tubercolari;* per il Dott. V. Fontana. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 126. 1907.)

634) *La cura conservatrice della peritoniti tubercolare;* per il Dott. D. Gentile. (Ibid.)

635) *Contributo alla cura della peritonite tubercolare colla iodo-gelatina Sclavo;* per il Dott. L. Galassi. (Ibid. XXVIII. 54. 1907.)

636) *Nuove laparotomie per peritonite tubercolare;* per il Dott. N. Federici. (Ibid.)

637) *Ein Vorschlag zur Therapie der Tuberkulose;* von Dr. G. Schrakamp. (Fortschr. d. Med. XXV. 35. 1907.)

638) *Ueber intraperitoneale Sauerstoffinfusionen bei Ascites tuberculosus;* von Dr. K. Schulze. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XVIII. 1. 1907.)

639) *L'aria atmosferica nella cura della peritonite tubercolare;* per il Dott. E. Napoleone. (Gazz. degli Osped. XXVIII. 150. 1907.)

640) *Die chronische Bauchfelltuberkulose, ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen;* von Dr. E. Bircher. (Aarau 1907. Sauerländer u. Co.)

641) *Osservazioni cliniche ed anatomiche sull'azione dei raggi Roentgen nella peritonite tubercolare;* per il Dott. G. B. Allaria e il Dott. G. Ravere. (Rif. med. XXIII. 16. 1907.)

642) *The advantages and limitations of the x ray in the treatment of surgical tuberculosis;* by Dr. H. Pancoast. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVI. 12. 1907.)

643) *The treatment of tuberculous cystitis;* by Dr. J. Garratt. (Ibid. LXXXVI. 14. 1907.)

644) *Traitement médical des adénites tuberculeuses;* par le Prof. A. Robin. (Gaz. de Par. XIII. 10. 1907.)

645) *Traitement d'un cas de tuberculose ganglionnaire du cou, non ulcérée, chez un jeune homme, avec état général satisfaisant;* par le Prof. A. Robin. (Bull. gen. de Ther. CLI. 19. 1906.)

646) *Traitement du lupus tuberculeux par la radiothérapie et la photothérapie combinées;* par M. Darbois. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de Syph. XVIII. 7. 1907.)

647) *Sur le traitement du lupus tuberculeux;* par M. Danlos. (Ibid.)

648) *Traitement du lupus de la face par la photothérapie;* par De Beurmann et Degrais. (Ibid.)

649) *Traitement du lupus tuberculeux par le chlorure d'antimoine;* par M. Troisfontaines. (Ibid.)

650) *On the treatment of lupus;* by Dr. Dreuw. (Lancet July 13. 1907.)

651) *Le traitement opératoire du lupus;* par M. Marestin. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de Syph. XVIII. 7. 1907.)

652) *Die Behandlung der Gelenktuberkulose;* von Prof. M. Martens. (Ther. d. Gegenw. N. F. IX. 11. 1907.)

653) *Four cases of tuberculous disease of the temporal bone;* by C. E. West. (Lancet Dec. 10. 1907.)

654) *Modern treatment of surgical tuberculosis;* by Dr. V. Warren Low. (Brit. med. Journ. March 7. 1908.)

Ueber die Nothwendigkeit und den Umfang *prophylaktischer Maassregeln* sind die Ansichten naturgemäss getheilt, je nachdem die infektionistische Auffassung vorherrscht oder weniger stark hervortritt. Die gerade von Lungenärzten, besonders auch von Heilanstaltärzten so oft ausgesprochene Warnung vor übertriebener Bacillenfurcht wird von Sander (356) unter Hinweis auf die Unzweckmässigkeit, Inhumanität und Grundlosigkeit dieser Furcht wiederholt.

Während bisher wohl allgemein angenommen wurde, dass, unter Voraussetzung der Inhalationinfektion, der Phthisiker im letzten Stadium der Krankheit die grösste Gefahr für seine Umgebung böte, fand Petersson (357), dass die Infektiongefahr, für Inhalation wie für Tröpfcheninfektion, bei Tuberkulösen im II. Stadium am bedeutendsten ist und im I. Stadium oft noch grösser als im III. Stadium, sofern man die Anzahl der expektorirten Bacillen als Maassstab anerkennt, und unter Berücksichtigung der Thatsache, dass von den Bacillen, die im III. Stadium ausgehustet werden, viele avirulent oder mindervirulent sind. Weitere Untersuchungen von Petersson (358) zeigten, dass die von Phthisikern gelesenen Bücher Infektionkeime verschleppen können, während Josefson (359) auf die Gefahr aufmerksam macht, die durch den Versatz oder Verkauf von Kleidungstücken Tuberkulöser entstehen.

Der *Schutz der Kinder* gegen die Tuberkuloseinfektion wird in weiterem Umfange angestrebt, je mehr man die Bedeutung der Tuberkulose im Kindesalter würdigt. Comby (360), der zwar eine Uebertragung des Krankheiterregers durch die Milch für ausgeschlossen hält, verspricht sich viel von einer planmässigen Säuglingsfürsorge mit Verabreichung einwandfreier Milch, weil dadurch die Ernährung der Säuglinge gehoben und deren Widerstandkraft gestärkt wird. Comby sieht die hauptsächliche Ansteckungsgefahr darin, dass die Kinder in der Umgebung Tuberkulöser (Eltern) aufwachsen, und diese häusliche, familiäre Ansteckung wird auch von Pach (361) unter Hinweis auf die mangelhaften und überfüllten Wohnungen hervorgehoben, ferner von Lecky und Horton (362), die eine Ansteckung der Schulkinder in der Schule für unwahrscheinlich halten, während Kelynack (363, 364) und Morse (365) die Infektion unter den Schulverhältnissen nicht für ausgeschlossen halten. Einig sind indessen alle darin, dass die kranken Kinder aus ihrer Umgebung in andere, hygieinisch und klimatisch günstigere Verhältnisse hinausgeschafft werden müssen, die heilbaren auf's Land, an die See, in Walderholungstätten, Heilstätten, die hoffnungslosen in besondere Krankenhäuser.

Besondere *Schutzmaassregeln für die Medicinstudirenden* hält Wile (366) für nöthig in Anbetracht der Infektiongefahren, denen der Student im Laboratorium, in Krankensälen und bei Obduktionen ausgesetzt ist: ausser Wasch- und Desinfektiongelegenheit wird u. A. gefordert, dass alle hustenden Kranken, gleichviel woher der Huston rührt, den Mund mit einer später zu verbrennenden Gazecompresse bedecken!

Wie auch Sander (l. c.) in seinem Vortrage schon erwähnt hat, finden sich in einer gut geleiteten und sauber gehaltenen Lungenheilanstalt wahrscheinlich keine Krankheiterreger in den Zimmern, die von Tuberkulösen bewohnt werden.

Digitized by Google

Noir und Camus (367) bestätigen dieses: sie filtrirten bis zu 53000 Liter Luft aus einem mit Tuberkulösen belegten Krankensaal und injicirten den auf dem Filter zurückgebliebenen Staub, nach Auflösung in Wasser, Meerschweinchen, ohne dass Tuberkulose bei diesen Versuchsthieren zum Ausbruche kam.

Trotzdem verlangt Bernheim (368) mit Rücksicht auf den Keimgehalt der Luft (Mikroorganismen im Allgemeinen) eine Sterilisation der Luft, nach Analogie der Milch, des Trinkwassers u. s. w., wozu er einen eigenen Apparat angiebt: in diesem wird die Luft filtrirt und durch Hitze sterilisirt, bevor sie in die Wohnungen eintritt. — Neue Apparate zur Sterilisirung des Sputums in Dottweiler-Flaschen, bez. Spuckbechern geben Petors (369) und Tobiesen (370) an.

Eine Prophylaxe nach den Grundsätzen der Koch'schen Seuchenbekämpfung strebt Kayserling (371) an: da wir nicht alle Kranken heilen, nicht alle Gesunden unempfänglich machen können, bleibt uns nur der dritte Weg der Seuchenbekämpfung, der Schutz der Gesunden vor Ansteckung. Wir können dies erreichen, indem wir die Inficirten systematisch aufsuchen, die Diagnose bakteriologisch sichern und die von dem kranken Individuum ausgehenden Infektionstoffe unschädlich machen. K. geht dabei von der Annahme aus, dass die Infektion zum weitaus grössten Theile von Mensch zu Mensch stattfindet, eine Infektion durch Nahrungsmittel (Milch) zu den Seltenheiten gehört. Bei den festgestellten Kranken setzt nun eine planmässige Fürsorge ein, die sich nicht auf die Wohnungdesinfektion und die Unterbringung des Kranken beschränkt, sondern die Umgebung (Familienmitglieder) mit einbezieht und für Unschädlichmachen des Auswurfs, für Isolierung Schwerkranker, Behandlung latenter Tuberkulose u. s. w. sorgt; der Schutz der Gesunden, die Erhaltung und Steigerung der Widerstandkraft der Bedrohten gehören mit zu dem systematischen Vorgehen der Fürsorge, die, wie K. mit Recht hervorhebt, der Ausgangspunkt für etwaige gesetzliche Maassregeln zur Anzeigepflicht sein wird.

Gerade von der gesetzlichen Regelung der Anzeigen verspricht man sich in maassgebenden Kreisen viel für die Prophylaxe der Tuberkulose. Die Einreihung der Tuberkulose unter die Infektionkrankheiten, die einer Controle durch die Sanitätpolizei unterliegen, ist schon vor längerer Zeit wiederholt vorgeschlagen worden und auch auf dem Wiener Tuberkulosecongress lebhaft erörtert worden. Alle Redner waren dort darin einig, dass eine *Anzeigepflicht* oder doch wenigstens eine freiwillige Anmeldung (voluntary notification, Raw) anzustreben sei, und fast alle Autoren, die über die Tuberkulosebekämpfung schreiben, stimmen damit überein. Nur darüber herrscht noch Meinungsverschiedenheit, wie weit man gehen soll, ob man alle *Krankheit*fälle anzeigen soll oder nur die *Todes*fälle, ob man sich auf die offene Tuberkulose beschränken, oder nur die Fälle aussuchen soll, die durch besonders ungünstige Wohnungverhältnisse ein Eingreifen der Behörde besonders wünschenswerth erscheinen lassen. Obgleich Saugmann (372), Holmboe (3), Waters (373) u. A. angeben, dass in einzelnen Ländern die Anzeigepflicht schon gesetzlich eingeführt und ohne erhebliche Belästigung des Publikums durchgeführt ist, werden doch Bedenken von vielen Seiten erhoben, ob die öffentliche Meinung genügend vorbereitet ist. Aus diesem Grunde entschloss man sich auch auf dem Wiener Congress zu der von Fränkel (3) vorgeschlagenen Resolution Glasonapp, die eine Anzeige der Todesfälle an Tuberkulose fordert, sowie eine Anzeige beim Wohnungwechsel Tuberkulöser, mit dem Zusatze, dass eine Ausdehnung auf alle Erkrankungen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzustreben sei. In demselben Sinne sind die Vorschläge von Helwes (374), Raw (375), Teleky (3.376) Mallet (377), Kirchner (8), der eine Beschränkung auf die vorgeschrittenen Fälle anregt, gehalten, während v. Schrötter (3) eine verschiedene Behandlung offener und geschlossener, leichter und schwerer Fälle für praktisch undurchführbar erklärt und demnach mit Byers (378), Stower (379), Flick (380. 381. 382), Mc Caw (383) und Balwin (384) die allgemeine Anzeigepflicht befürwortet. Für diese tritt auch Bollag (385) ein, der eine Ergänzung der bestehenden Schweizer Gesetze in diesem Sinne erhofft, nachdem man aus praktischen Gründen, d. h. aus Rücksicht auf die entgegenstehende öffentliche Meinung vorläufig von dieser Bestimmung abgesehen hat.

Als Folgen der Anzeigepflicht sind sanitätpolizeiliche Maassregeln in weitem Umfange in Aussicht genommen, die sich nicht auf die einfache Wohnungsdesinfektion beschränken: v. Schrötter fordert für die Behörden das Recht, „alle zum Schutze der Allgemeinheit nöthigen Schritte eben so durchzuführen, wie dies für andere Infektionskrankheiten gilt". Von anderem wird dann auch direkt ausgesprochen, dass zwangsweise Isolirungen Kranker in Heilanstalten oder Krankenhäusern in Frage kommen, dass man unter Umständen gesunde Kinder aus der Familie, in der sie durch tuberkulöse Eltern gefährdet sind, entfernen muss, und von juristischer Seite wird sogar die Frage angeregt, ob die Ehefähigkeit nicht durch die Tuberkulose (wie durch andere Infektionkrankheiten) dauernd oder vorübergehend aufgehoben sei.

Wenn nun auch versichert wird, dass in Amerika, Norwegen und Dänemark die Anzeigepflicht der Tuberkulose ohne Belästigung für das Publikum durchgeführt sei, so scheint es doch geboten, auf die Folgen hinzuweisen, die die Annahme der Wiener Resolution und die Durchführung der sanitätpolizeilichen Vorschriften haben würden. Man kann doch bei dem vorwiegend chronischen Ver-

laufe der Lungentuberkulose nicht eben so wie bei Diphtherie oder Pocken die Kinder von den Eltern so lange trennen, bis die Infektiongefahr beseitigt ist, denn darüber können Jahrzehnte vergehen. Man wird eine solche Maassregel um so weniger verantworten können, als schliesslich doch nach Naegeli's Statistik nahezu alle Menschen eine Tuberkulose-Infektion durchmachen, man wird die Behring'sche Lehre von der Infektion im Säuglingsalter dafür verwerthen, dass man bei einer Trennung scheinbar gesunder Kinder von tuberkulösen Eltern gar nicht wissen kann, ob die Kinder nicht schon längst inficirt sind (latente Tuberkulose), ganz abgesehen von der wichtigen Frage, ob man bei Kindern tuberkulöser Eltern nicht die erbliche Belastung mehr zu berücksichtigen hat, als die Infektiongelegenheit. Die ganze Angelegenheit wird im rein infektionistischen Sinne und zudem noch insofern einseitig behandelt, als die Inhalationinfektion fast ausschliesslich als Grundlage dient. Allein Mongour (386) nimmt Stellung gegen die geplante Anzeigepflicht: er weist zunächst darauf hin, dass man die Tuberkulose nicht mit den anderen Infektionkrankheiten, die gemeldet werden müssen, gleichstellen kann, weil sie nach Aetiologie, Pathogenese und Verlauf zu sehr von diesen verschieden ist, weil die bakteriologische Frage noch nicht genügend geklärt ist. Zudem würde es nicht genügen, die Wohnung des Tuberkulösen zu desinficiren, sondern man müsste diesen auch ausserhalb des Hauses auf Schritt und Tritt verfolgen, am Besten wie einen Aussätzigen isoliren. M. bemerkt ferner, dass die jetzt schon bestehende Phthisiephobie, eine höchst verwerfliche ethische Schwäche, durch die vorgeschlagenen gesetzlichen Maassregeln noch eine Steigerung erfahren würde. Wird die Tuberkulose in dieser Weise den Infektionkrankheiten gleichgestellt, so sollten wenigstens Syphilis und Alkoholismus in derselben Weise behandelt werden. Die strengen gesetzlichen Bestimmungen werden trotz aller Strafandrohungen übertreten werden. Es würde genügen, wenn die Aerzte darauf hinwirkten, dass nach jedem Todesfalle an Tuberkulose die Wohnung desinficirt wird. Fast scheint es, dass man in Frankreich die übertriebene Bacillenfurcht nicht mitmacht: in dem von Savoire mitgetheilten Bericht über die ständige Tuberkulosecommission finden sich wenigstens Gutachten, die in diesem Sinne gehalten sind.

Die von Much und Römer (s. ver. Jahresb.) vorgeschlagene Perhydrasemilch führt zu einem Prioritätstreite zwischen De Waele, Sugg und Vandevelde (389) einerseits und Much und Römer (390) andererseits, ohne dass neue Thatsachen angeführt werden.

Das *Behring'sche Schutzimpfungverfahren* ist von Eber (391) und Hutyra (392) nachgeprüft worden. Es ergab sich, dass durch das Behring'sche Verfahren zwar die Widerstandfähigkeit der geimpften Rinder gegenüber einer späteren künstlichen Infektion sich bedeutend steigern lässt, dass diese erhöhte Resistenz aber schon nach 1 Jahre erheblich abnimmt und alsdann bald ganz erlischt. — Um eine tuberkulosefreie Kuhmilch zu gewinnen, schlägt Gunn (393) vor, unter dem Rindvieh tuberkulosefeste Thiere auszusuchen und durch Kreuzung dieser einen immunen Stamm zu züchten, der eine einwandfreie Milch liefern würde.

Bei dem Wiener Congress (3) sind von zahlreichen Rednern Uebersichtsberichte über die Fortschritte der Tuberkulosebekämpfung in einzelnen Ländern erstattet worden, nämlich in den Vereinigten Staaten, in Deutschland, Oesterreich, Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, England, Ungarn, Norwegen, Niederlanden, Russland, Schweden und der Schweiz. Weitere Uebersichtsberichte geben Kayserling (397) über die Verhältnisse in Deutschland, Tausk (398) über die Lage in Ungarn, Gasteu (400) über Frankreich und Bezensek (401) über Bulgarien. In allen diesen Uebersichtsberichten finden sich Angaben über die planmässige Organisation des Kampfes gegen die Tuberkulose, die prophylaktischen Maassregeln und die Einrichtungen zur Behandlung im Allgemeinen.

Von den im Einzelfalle zur Anwendung gelangenden Heilfaktoren sei zunächst die *Ernährung* besprochen. Gegen die früher viel geübte Uebernährung machen sich immer mehr Bedenken geltend. Sakerraphos (404) schlägt den Werth der Ernährung überhaupt nur recht gering an, Clapp (405), White (406) und Jaubert (408) warnen vor Einseitigkeiten und Uebertreibungen und fordern gemischte Kost unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse. Robin und Binet (409) halten übermässigen Eiergenuss für unnöthig. Jaubert hebt besonders hervor, dass die Uebernährung nicht nur zu Magenerweiterung, sondern auch zu Nephritis und Erkrankungen der Leber führen kann, während andererseits reine Fleischkost bei brüchigen Arterien und daniederliegender Leberfunktion zu Blutungen Anlass geben kann. Weigert (410) kommt dagegen auf Grund von Thierversuchen (Schweine) zu dem Ergebniss, dass eine an Eiweissstoffen reiche Nahrung dem Körper einen besseren Schutz verleiht als eine vorwiegend aus Kohlehydraten bestehende Kost. Campbell Maefie (412) hält dagegen noch an der Uebernährung fest, die keine Verdauungstörungen zur Folge hat: je mehr der Kranke essen kann, um so besser ist der Erfolg der Kur, und es ist nicht ausgeschlossen, dass die chemischen Stoffe, die bei der Uebernährung im Körper gebildet werden, in irgend einer Weise (antitoxisch) auf die Tuberkelbacillen einwirken. — Ross (413. 414) spricht den vegetarisch lebenden Negern, die sich sonst in günstigen hygieinischen und klimatischen Verhältnissen befinden, eine geringere Widerstandkraft gegen die Tuberkulose zu. Er kommt auf die früher schon versuchte Ernährung mit rohem Fleische zurück, allerdings mit der Aenderung,

dass er das rohe Muskelfleisch perlsüchtiger Rinder als Heilmittel gegen die menschliche Tuberkulose empfiehlt, weil nur dieses die specifischen Schutzstoffe enthält, die im Muskelfleisch wie im Blute enthalten sind, in der Milch aber fehlen. Sie fehlen natürlich auch im Muskelfleische gesunder Thiere. Das Fleisch perlsüchtiger Thiere ist zudem unschädlich, weil ja die Perlsucht auf Menschen nicht zu übertragen ist.

Die Ernährung ist als einer der wichtigsten Heilfaktoren des *hygienisch diätetischen Verfahrens* anzusehen, das vorzugsweise in den Heilanstalten zur Anwendung kommt. Dieses Verfahren, das open air treatment der Engländer, hat allerdings eine gewisse Reinheit der Luft zur Voraussetzung, wie sie nicht in jedem Klima zu finden ist. Die klimatische Frage, die gerade noch sehr der Aufklärung bedarf, wird in der Literatur verhältnissmässig wenig erörtert. Im Allgemeinen wird an dem Grundsatze festgehalten, dass die Tuberkulose in jedem Klima heilbar ist und dass, wie u. a. auch Brewer (415) erneut hervorhebt, das Klima *allein* nicht im Stande ist, den Krankheitprocess zu beeinflussen. Auch Arthaud (416) spottet darüber, dass man eine zauberhafte (comme un miracle) Wirkung von dem Klima einzelner, gerade durch die Mode bevorzugter Kurorte erwartet. Kahn (417) rühmt die trockene Luft der mexikanischen Gebirge und den tonisirenden Einfluss der Kälte als besonders zweckmässig für Tuberkulöse. Ueber die Insolation im Hochgebirge veröffentlicht Sehneider-Geiger (418) Beobachtungen und interessante Berechnungen, an denen nur zu bemängeln ist, dass die Verhältnisse einiger Schweizer Kurorte in einer ungerechtfertigten Weise als Norm hingestellt werden. Vor einer Ueberschätzung des Heilwerthes des südafrikanischen Klimas muss nach den Mittheilungen Millars (419) über die Tuberkulose in Pondoland (zwischen Natal und Capland gelegen) gewarnt werden. — Das Seeklima wird als zweckmässig für Knochen- und Gelenktuberkulose, im kindlichen Alter besonders, von Miller (420) und von Ewart (421) empfohlen, der Lungenkranke nur ausnahmeweise an die See zu schicken räth, während Tjaden (422. 423) gerade bei Lungentuberkulose (Kranke der Landesversicherunganstalt) gute Erfolge vom Seeklima herleitet. Auf Akklimatisationstörungen, die gerade im Seeklima (Hyères) bei weiblichen Kranken zur Zeit der Menses beobachtet wurden, weist Jaubert (424) hin.

Die *Heilanstalten* (oder Heilstätten) sind in der letzten Zeit von vielen Seiten angegriffen und hinsichtlich ihrer Erfolge bemängelt worden, so von Cornet (s. vor. Jahresber.), Grotjahn u. A. m. Skeptische Aeusserungen finden sich zahlreich, namentlich auch in der ausländischen Literatur, so z. B. bei Dauwe (425).

Aber auch in deutschen Blättern findet man absprechende Urtheile, liest man von Misserfolgen und Enttäuschungen, und schon wird ganz offen ausgesprochen, dass in offenen Kurorten (Lippspringe) ein Heilerfolg in der Hälfte der Zeit zu erreichen ist, die man sonst für eine Heilstättenkur als nothwendig ansieht. Gegen diese Behauptung wendet sich Roepke (426) sehr energisch, indem er ausführt, dass das der Lippspringer Statistik zu Grunde gelegte Material von vornherein mehr Leichtkranke und Fälle zweifelhafter Tuberkulose umfasst, als das zum Vergleiche herangezogene Heilstättenmaterial, dass ferner die Controle der Dauererfolge in Lippspringe unsachgemäss betrieben werde. Bei Ausschaltung dieser von Lippspringe begangenen Fehler lässt sich umgekehrt nachweisen, dass die Erfolge in den geschlossenen Heilanstalten besser und dauerhafter sind, als in den offenen Badeorten. Der Werth der Heilstättenbehandlung findet denn auch volle Anerkennung in den Verhandlungen des Deutschen Centralcomités (1) durch verschiedene Redner, ferner durch Rumpf (428), Köhler (429. 430), Bulstrode (431), Brown und Pope (433), De Waele (436) u. A. m. Von mancher Seite wird sogar noch eine Erweiterung der bestehenden Heilstätteneinrichtungen gefordert, so von Hufnagel (441) für die Kinderheilstätten. Und es muss den gegen die Lungenheilanstalten gerichteten Angriffen gegenüber besonders darauf hingewiesen werden, dass die entgegengesetzte, günstige Beurtheilung nicht ausschliesslich von den Anstaltärzten allein ausgeht, denen man vielleicht Voreingenommenheit vorwerfen könnte, sondern dass die Mehrzahl der für die Heilanstalten eintretenden Autoren als unparteiisch gelten muss. Für die Volksheilstätten können ausserdem die statistischen Nachweisungen der Landesversicherunganstalten als Beweis für die Kurerfolge gelten; für die Privatanstalten mit dem social besser gestellten Krankenmaterial, das eine längere Kurdauer ermöglicht und grössere Schonung nach vollbrachter Kur anwenden kann, würden sich die Verhältnisse noch günstiger gestalten, wenn die Kranken in einem früheren Stadium in Behandlung kämen. Die geeignete Auslese der Kranken macht nach wie vor noch Schwierigkeiten. Allerdings wird jetzt in Kreisen der Heilstättenärzte [Schröder (456. 457), Wolff (458)] die Grenze der Aufnahmefähigkeit etwas weiter gesteckt als früher, so dass man nicht mehr ängstlich darauf bedacht ist, nur noch Kranke im Initialstadium aufzunehmen, und Pottenger (459) möchte auch in Complikationen keinen Grund zur Ablehnung sehen. Schröder will die latenten und chronisch-stationären Phthisen von den Heilstätten fern halten und dafür Fiebernde und Kehlkopfkranke aufnehmen, bei denen die Vorbeobachtung eine günstige Prognose gegeben hat. In den Jahresberichten verschiedener Heilanstalten werden ähnliche Grundsätze ausgesprochen. — Ueber die Regelung von Ruhe und Bewegung finden sich ausser in diesen Jahresberichten nur vereinzelte Angaben in der

Literatur: Paterson (460) legt Werth darauf, dass das Maass der geleisteten Arbeit allmählich gesteigert wird, und hält eine Controle durch Temperaturmessungen für nöthig, während Stanton (461) eine Controle durch den Puls vorschlägt.

Als *Ersatz für die Heilanstalten* kommen verschiedene Einrichtungen in Frage, namentlich die von amerikanischer Seite vorgeschlagenen „Sanatoriumklassen". Diese sind gewissermaassen Vereine von Tuberkulösen, die sich zusammenschliessen, um unter ärztlicher Berathung und Controle durch eine Vertrauensperson (friendly visitor) ein kurgemässes Leben zu führen. Die Kranken suchen zu Liegezwecken einen Ort, entsprechend einer Walderholungstätte auf, sind aber betr. Wohnung und Verpflegung auf ihr eigenes Heim angewiesen. Man verhehlt sich in ärztlichen Kreisen nicht, dass dieses System nur einen unvollkommenen Ersatz der Heilanstalten vorstellt, hat aber daran zu rühmen, dass das Verfahren sehr viel billiger ist, dass es für die gegenseitige Erziehung mehr leistet und namentlich auch im Anschluss an Heilstättenkuren guten Erfolg verspricht. Die Erfolge sollen im Allgemeinen gute sein, wie Pratt (465), Landis (466) und Clapp (467) hervorheben. Die Behandlung des Kranken in seiner eigenen Häuslichkeit, unter möglichster Befolgung der Heilanstaltlebensweise, aber ohne die Vereinsbildung, wird von Keating (468), Donald (469) u. A. empfohlen. Auch Müller (471) spricht sich dafür aus, empfiehlt aber gleichzeitig, ähnlich der amerikanischen Tuberculosis class, „Selbstverwaltungs-Lungenheilstätten": etwa 12 Kranke sollen sich zusammenthun, ein abseits eines Dorfes gelegenes Haus miethen und zum Aufenthalt einrichten. Dass ein solcher Aufenthalt, wenn der Müller'schen Annahme entsprechend die ärztliche Hülfe umsonst geleistet wird, billiger sein wird, als in einer Heilanstalt, ist zweifellos richtig. Ob aber der Aufenthalt auch eben so erspriesslich sein wird, wie in einer Heilanstalt, erscheint doch sehr fraglich, wenn man das Fehlen jeder Hygieine und der für Lungenkranke besonders nothwendigen Aufsicht bedenkt. Auch lehrt die Erfahrung, dass der von Müller für die Beköstigung zu Grunde gelegte Satz nicht ausreicht für eine Verpflegung nach dem Müller'schen Küchenzettel. Mit diesem dürfte die Mehrzahl der Aerzte übrigens eben so wenig zufrieden sein, wie mit dem Ansinnen, dass ein derartiges Heilanstaltsurrogat von einem Arzte „ehrenamtlich" (also wohl ohne Entgelt) beaufsichtigt werden soll. Auch gegen einzelne therapeutische Rathschläge erscheinen Einwände gerechtfertigt.

Für die Errichtung besonderer Tuberkuloseabtheilungen an bestehenden Krankenhäusern zur Aufnahme und Behandlung *Leichtkranker* sprechen sich Baer (472), Unterberger (3), Mersereau (473) und Andere aus. Abgesehen hiervon werden auf den Tuberkulosestationen der Krankenhäuser und in Pflegeheimen auch *Schwerkranke* nicht immer ohne Aussicht auf Besserung behandelt, wie Hoppe-Seyler (474), Feldmann (475) u. A. ausführen, nachdem man in den Krankenhäusern Vorkehrungen getroffen hat, wie sie nach dem Muster der Heilstättenbehandlung sich als zweckmässig erwiesen haben und wie Knopf (477) sie ausführlich schildert.

Als der wichtigste Ersatz und die werthvollste Ergänzung der Lungenheilanstalten sind die *Fürsorgestellen* (Dispensaires) zu bezeichnen. Beschorner (478) führt in seiner Darstellung über die Fürsorgestellen aus, dass diese als das Centrum der *vorbeugenden* Tuberkulosebekämpfung anzusehen sind, gerade wie die Heilstätten den Mittelpunkt der therapeutischen Bestrebungen bilden. Die Fürsorgestellen sind für die Feststellung der Seuchenherde und Infektionträger, wie sie für die Kayserling'sche Seuchenbekämpfung erforderlich ist, unentbehrlich. Die Fürsorgestellen haben fernerhin die Isolirung der als krank Befundenen, die Desinfektionen u. s. w. zu übernehmen, für Wohnungsverbesserung Sorge zu tragen, sich der aus den Heilanstalten Entlassenen anzunehmen und diesen gegebenen Falles Arbeitgelegenheit zu verschaffen, besonders aber für den Schutz gefährdeter Kinder zu sorgen. Ueber die erfolgreiche Thätigkeit der Fürsorgestellen und Dispensaires finden sich Mittheilungen in der Literatur von Philip (479) über Edinburg, von Putzeys und Malvoz (480) und Lefèvre (481) über Belgien, Robin (482) über Frankreich, Hamman (484), Stone und Floyd (485) und Shively (486) über Amerika.

Ueber die *specifische Behandlung* der Tuberkulose und die Immunität liegen zahlreiche Arbeiten vor, von denen als erste die interessante Zusammenstellung Löwenstein's (487) über den gegenwärtigen Stand der Immunitätforschung zu nennen ist. Neben einer Besprechung der verschiedenen bisher versuchten Immunisirungsverfahren und Möglichkeiten tritt L. auch mit praktischen Vorschlägen hervor: eine Prüfung der einzelnen Impfungsverfahren durch eine zu dem Zwecke zu wählende Commission. Ueber die Theorie der Immunität handeln die Arbeiten von Bernbach (488), Morgenroth und Rabinowitsch (489), Weil (490), Piana (491). Für die Praxis höhere Bedeutung haben die Arbeiten von Bandelier (492) und das schon erwähnte Lehrbuch von Bandelier und Roepke (166), das uns zusammen mit Bandelier's Vortrag vor der Versammlung der Tuberkuloseärzte als Grundlage für die Erörterung der therapeutischen Tuberkulinverwendung dienen kann. Wir entnehmen daraus, dass die Zahl der Tuberkulinanhänger im Zunehmen begriffen ist, nachdem sich die Möglichkeit herausgestellt hat, durch vorsichtiges Vorgehen (die ein-

schleichende Behandlung von Goetsch) Tuberkulinschädigungen zu vermeiden und selbst vorgeschrittene Fälle erfolgreich zu behandeln. Die Heilwirkung des Tuberkulin beruht auf der Giftfestigung und der lokalen Hyperämie im reagirenden Gewebe. Die Giftfestigung wird durch systematische Giftgewöhnung erreicht und geht mit einer Abnahme der subjektiven und objektiven Beschwerden einher. Die Hyperämie, die sich am reagirenden lupösen Gewebe, wie an den Reaktionvorgängen der Iris am deutlichsten erkennen lässt, führt weiterhin entweder zur Resorption, oder zu Einschmelzung, Abstossung und Zerfall. Die lokale Reaktion des Krankheitherdes geht nicht immer mit einer Allgemeinreaktion einher, und die Allgemeinreaktion ist, wenn sie auftritt, nicht immer durch Fieber gekennzeichnet, sondern kann auch unter den Erscheinungen von Mattigkeit, Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit verlaufen. Der Begriff der Allgemeinreaktion ist also weiter zu fassen, als man es bisher gethan hat. Die Heilung vollzieht sich auch ohne Allgemeinreaktionen, so dass man nicht auf Herbeiführen objektiv wahrnehmbarer Reaktionerscheinungen ausgehen soll. Ausser der Temperaturmessung ist eine Ueberwachung von Puls und Körpergewicht nothwendig. Abnahme des Gewichtes mit Steigerung der Pulsfrequenz ist als Toxinüberlastung aufzufassen. Eine zu starke Steigerung der Injektiondosen führt zur Tuberkulinüberempfindlichkeit, einer cumulirenden Wirkung der toxischen Effekte. Es ist nicht angebracht, unbedingt eine bestimmte Enddosis zu erreichen, sondern man soll sich mit der höchsten Dosis begnügen, die vom Kranken reaktionlos vertragen wird. Die Dauer der Behandlung lässt sich eben so wenig bestimmen, und systematische Wiederholungen der Kur (Etappenbehandlung) sind oft erforderlich. Die Tuberkulinbehandlung ist zweckmässig mit der Anstaltbehandlung zu combiniren, eignet sich aber auch für ambulante Behandlung, namentlich für Kranke, die ungeheilt aus Anstalten entlassen werden.

Die Tuberkulinbehandlung ist hauptsächlich indicirt im Anfangstadium der Krankheit bei kräftigen, noch widerstandsfähigen Personen. Indessen ist ein Erfolg auch noch zu erwarten, wenn diese Bedingungen nicht zutreffen, und besonders das Fieber, namentlich das durch Tuberkulotoxine hervorgerufene (im Gegensatze zum Fieber bei Mischinfektion) ist nicht als Contraindikation anzusehen. Auch Erkrankungen des Herzens, des Nervensystems, Neigung zu Blutungen können nicht als Contraindikationen gelten, und Schwangere vertragen die Tuberkulinbehandlung ebenfalls ausgezeichnet.

Ausser der Lungentuberkulose werden auch tuberkulöse Erkrankungen anderer Organe erfolgreich specifisch behandelt, so die Drüsentuberkulose, über die u. A. Krause (493) berichtet, die Meningitis, bei der Don (494) unter Tuberkulingebrauch Besserung eintreten sah, die Urogenitaltuberkulose, bei der Pardoe (495) günstige Wirkung des Tuberkulins beobachtete.

Welches Tuberkulin man anwendet, für welches der zahlreichen specifischen Mittel man sich entschliesst, ist nach Bandelier weniger wichtig, als die „vorsichtig wägende, individualisirende Behandlung“. Wenn Bandelier nun auch die Koch'schen Präparate bevorzugt, so lässt er die anderen Tuberkuline doch auch zu ihrem Rechte kommen und berücksichtigt auch die verschiedenen zur Behandlung der Tuberkulose dienenden Sera. Wir werden später noch auf die einzelnen Präparate zurückkommen.

Die Mehrzahl der Autoren äussert sich über die specifische Behandlung ebenso wie Bandelier und Roepke. Besonders stimmen Weicker (498), Holdheim (499), Wilkinson (500) u. A. damit überein, dass das Tuberkulin auch ausserhalb der Heilanstalten vom praktischen Arzte mit Vortheil und ohne Gefahr anzuwenden sei. Raudnitz (502) und Rivière (503) empfehlen die Tuberkulinbehandlung auch bei Kindern, während Engel (504) bei Kindern noch zur Vorsicht ermahnt und weitere Prüfungen für geboten hält. Kinney (505) hat beobachtet, dass man mit weit kleineren als den üblichen Dosen und längeren Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Einspritzungen auskommt.

Die Einführung des Tuberkulin per os oder per rectum wird von Roepke und Bandelier nicht angerathen und auch nach den Untersuchungen von Pfeiffer und Trunk (506) abgelehnt, weil das Pepsin des Magens die Wirksamkeit des Tuberkulins beeinträchtigt und zudem eine Resorption vom Darme aus nicht wahrscheinlich ist. Trotzdem hält Krause (l. c.) an der stomachalen Tuberkulinverabreichung fest. Auch Hort (507) hatte Erfolge von Tuberkulingaben per os. Calmette, Breton und Petit (l. c.) konnten feststellen, dass Kaninchen durch Verfüttern von Tuberkulin sensibilisirt werden, da die Ophthalmoreaktion nach den per os verabfolgten Dosen positiv ausfiel, wenn sie auch nur schwach und verspätet eintrat. Lissauer (508) sah keine Wirkung von Tuberkulinpillen vom Magen aus, erzielte aber gute Wirkungen mit Tuberkulin-Suppositorien und zieht diese Tuberkulinapplikation der subcutanen Injektion vor, weil die Reaktionen milder verlaufen und die Gefahr der Propagirung eine geringere ist.

Besonderes Interesse beanspruchen die Untersuchungen über die Phagocytose im Zusammenhange mit der specifischen Behandlung, bez. deren Controle durch die Bestimmung des opsonischen Index. Es ist über die Grundlagen dieses Verfahrens bereits im vorigen Jahresberichte das Erforderliche mitgetheilt worden. Weitere Angaben darüber machen der Entdecker Wright (509), Wright, Douglas, Freeman, Wells und Fleming (510), Lawson und Struthers

Stewart (511), Bulloch (512). Der deutsche Leser findet eine Besprechung der Wright'schen Forschungen bei Boelke (513), Neubürger (514) und Strubell (515). Zahlreiche Angaben finden sich namentlich in der englischen und amerikanischen Literatur über die Bedeutung der Opsonine, fast ausnahmslos unter Bestätigung der Wright'schen Angaben, so bei Evans (516), Crace-Calwert (517), Shaw (518), Hunter Dunn (l. c.), Clarke und Sutherland (520), Trudeau (521), ferner bei Lüdke (l. c.), De Stella (522), Romanelli (523) u. A. m. Calmette, Breton und Petit (524) konnten durch ihre Versuche nachweisen, dass die opsonisirenden Eigenschaften des Serum Tuberkulöser auf dem Gehalte der Körperflüssigkeiten an Tuberkulin beruhen. Wansey Bayly (525) beobachtete bei Gebärenden während des Geburtaktes ein Fallen des opsonischen Index. Inman (526) beurtheilt nach dem opsonischen Index das Maass körperlicher Arbeit, das ein Tuberkulöser leisten kann, wenn die Muskelarbeit als ein Anreiz zur Autoinoculation dienen soll. Miller (527) untersuchte Urin und Schweiss Tuberkulöser auf Opsonine. Die Bedeutung der Opsonin-Bestimmung wird auch von Squire (528) anerkannt, obgleich dieser die Tuberkulinbehandlung als solche nicht für angebracht hält, während Reyn und Kjer-Petersen (529) und v. Ruck (530. 531) umgekehrt der Bestimmung der Opsonine keinen Werth beimessen, aber die specifische Behandlung anerkennen.

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass im Allgemeinen die Auswahl des Tuberkulins weniger von Bedeutung ist, als die Auswahl der Fälle und die Art des therapeutischen Vorgehens. Trotzdem wird, wie erklärlich, dieses oder jenes Tuberkulin oder Serum von einzelnen Autoren vorgezogen. Bandelier und Roepke (186) bevorzugen, wie schon erwähnt, die Koch'schen Tuberkuline, Lüdke (l. c.), Kuthy (532), Rosenberg (533), Möller, Sander (l. c.), Holdheim (l. c.), Hilbert (534) wenden mit Vorliebe das Alt-Tuberkulin an, Weicker (l. c.) und Elliesen (l. c.) benutzen Alt- und Neu-Tuberkulin. Das Neu-Tuberkulin, bez. die Bacillenemulsion wird bevorzugt von Elsässer (535), Painter (l. c.), Pardoe (l. c.), Clarke und Sutherland (l. c.), Reyn und Kjer-Petersen (l. c.), Western (l. c.), Trudeau (l. c.), Meyer (536) und Smithies (l. c.). Mit dem Tuberkulin Béraneck arbeiten Sander (l. c.) und Amrein (538).

Ueber die therapeutische Verwendung des *Perlsucht-Tuberkulins* liegen neue Veröffentlichungen von Raw (539) vor, der von dem Antagonismus zwischen Menschen- und Rindertuberkulose ausgehend, gegen die durch den Typus humanus hervorgerufenen Erkrankungen (Lungentuberkulose) das Perlsucht-Tuberkulin verwendet, gegen die auf Typus bovinus beruhenden Fälle (Drüsen-, Knochen-, Gelenktuberkulose) dagegen ein aus menschlicher Tuberkulose hergestelltes Präparat.

Einen ausführlichen Bericht über Spengler's Perlsucht-Tuberkulin giebt uns Brauns (540). Spengler begründet seine Therapie auf die Doppelätiologie der menschlichen Tuberkulose, den Symbiotismus der beiden Typen (humanus und bovinus). Die ungleichmässige Wirkung des Koch'schen Tuberkulin ist nach Spengler damit zu erklären, dass gute Erfolge nur in denjenigen Fällen zu erzielen sind, in denen der Perlsuchtbacillus dominirt, während beim Vorwiegen des Typus humanus der Kranke durch die Einführung der Isotoxine (Additiontheorie) eine Schädigung erleidet. Spengler stellte daher ein dem ATO (Koch's Originaltuberkulin) analoges Präparat aus Perlsuchtbacillen her, die filtrirte Nährbouillon von Perlsuchtbacillen, das er PTO benannte. Dieses setzt bei Kranken, die vorwiegend mit dem Typus humanus behaftet sind, die Temperatur herab und wirkt heilend, also umgekehrt wie das ATO, während es bei dominirender Perlsuchtinfektion in Folge der Anhäufung von Isotoxinen weniger günstig wirkt. Starke Toxinreaktionen, die durch das eine Tuberkulin hervorgerufen werden, können durch das antagonistische Tuberkulin beseitigt werden. Ausser diesen Hüllensubstanzen ATO und PTO, die stark agglutinirend wirken, hat Spengler noch aus den Kernen beider Bacillentypen Emulsionen TBE und PBE hergestellt, die hüllenlösende, baktericide Eigenschaften haben. Die Spengler'schen Präparate kommen, unterstützt durch eine Jodnedikation (in Anbetracht der erworbenen oder ererbten, eine Disposition abgebenden Lues) subcutan oder percutan zur Anwendung. Sie wirken lokal und allgemein, indem sie örtlich stärkere Erscheinungen hervorrufen, die Temperatur und das Allgemeinbefinden bessern. Es wurden bei allen Formen von Tuberkulose günstige Erfolge erzielt.

Ein auf andere Weise gewonnenes Perlsuchttuberkulin, das analog dem Koch'schen Alt-Tuberkulin hergestellt wurde, leistete Bandelier und Roepke gute Dienste: es zeigte sich weniger toxisch und von milderer Wirkung als das aus Menschentuberkelbacillen gewonnene Tuberkulin, erwies sich aber in seiner Heilwirkung nicht deutlich überlegen.

Ueber die Tuberkuline, die sonst noch zur Anwendung kommen, finden sich genauere Angaben im Bandelier-Roepke'schen Lehrbuche: es sind dieses die Klebs'schen Präparate, die verschieden beurtheilt werden, die v. Behring'schen Mittel, das Denys'sche Tuberkulin, das mit dem nicht eingeengten Koch'schen Tuberkulin identisch ist, und andere mehr, von denen das *Nastin* besonderes Interesse in Anspruch nimmt, wenn es auch vorläufig zur Behandlung der Tuberkulose noch nicht verwendbar zu sein scheint. Deyeke (541) fand bei seinen Lepra-Forschungen, dass der aktive Stoff nicht ein Eiweisskörper, sondern eine Fettsubstanz sei, das Nastin. Dieses Nastin ist als der Stoff anzusehen, dem die Lepraerreger ihre Widerstandkraft gegen die Angriffstoffe des menschlichen Organismus verdanken. Einspritzungen von

Digitized by Google

Nastin rufen bei Leprakranken mehr oder weniger starke Reaktionen hervor, vermuthlich durch Lösung der schützenden Fetthülle. Bei den nahen Beziehungen zwischen Lepra- und Tuberkelbacillen lag es nahe, die Einwirkung des Nastin auf diese zu erforschen, und dabei ergab sich, dass das Nastin auch auf Tuberkelbacillen einwirkt, dass es aber erst aktivirt werden muss durch ein fettlösendes Mittel; als solches hat sich Benzoylchlorid empfohlen. Die Benzoylnastin-Behandlung hat sich bei Lepra als wirksam erwiesen und auch bei Tuberkulose; hier ist indessen darauf Rücksicht zu nehmen, dass durch die Einwirkung auf die Tuberkelbacillen die Endotoxine zur Resorption gebracht werden, so dass man kleinere Dosen anwenden muss bei gleichzeitiger Anwendung eines antitoxischen Mittels.

Ein neues, nach eigenem Verfahren hergestelltes Tuberkulin, Filtrase genannt, das die wirklichen Toxine des Tuberkelbacillus enthalten soll, hat Ifaentjens (542) mit gutem Erfolge angewendet.

Schliesslich sind noch die interessanten Untersuchungen Krause's (544) über specifische Tuberkuline zu erwähnen. Krause geht von dem Gedanken aus, dass der vielgestaltige Verlauf der Tuberkulose seine Erklärung nicht allein in den Verschiedenheiten des Nährbodens (Geschlecht, Alter, Rasse, Ernährungzustand des erkrankten Individuum) findet, sondern dass auch Verschiedenheiten des Krankheiterregers mit von Bedeutung sind. Diese natürlichen Verschiedenheiten, die ihren Ausdruck in dem verschiedenen Verhalten von Culturen finden, worden nun noch gesteigert durch den Einfluss, den der Nährboden (der Kranke) auf den Bacillus im Laufe des Wachsthums ausübt. Es ist daher anzunehmen, dass jeder Tuberkulöse seine ganz besonderen Bacillen beherbergt, die ihre eigenartigen Giftstoffe hervorbringen und somit die Bildung specifischer Schutz- und Abwehrstoffe anregen. Man kann daher nicht erwarten, dass irgend ein beliebiges, „fabrikmässig" hergestelltes Tuberkulin eine Heilwirkung äussert, sondern man muss für jeden Krankheitfall ein specifisches Tuberkulin aus den vom Kranken selbst stammenden Bacillen herstellen. Gelingt es nicht, die hierzu nothwendigen Bacillen vom Kranken zu erhalten, so kann man sich damit helfen, dass man „neutrale" Bacillen auf „specifischem Nährboden" züchtet, d. h. auf einem Agarnährboden, dem man Serum des erkrankten Individuum zusetzt. Um bis zur Fertigstellung des specifischen Tuberkulins nicht Zeit zu verlieren, benutzt man zunächst eine Schnellcultur, die man auf Heringsagar züchtet, so dass man die Behandlung schon nach wenigen Tagen beginnen kann. Im Uebrigen benutzt Krause als Versuchsthier und zur Gewinnung von Reinculturen das Meerschweinchen. Er nennt sein Präparat, das er nach Art der Koch'schen Bacillen-Emulsion herstellt, „specifische Bacillen-Emulsion". Bisher wurden damit gute Erfolge erzielt.

Soviel über die zur *aktiven Immunisirung* dienenden specifischen Mittel. Eine *passive Immunisirung* wird durch Sera angestrebt, von denen hauptsächlich das Marmorek'sche und das Maragliano'sche in Betracht kommen.

Das *Marmorek'sche Serum* wurde von Pfoiffer und Trunk (546) in mehreren Fällen von Lungentuberkulose genauer erprobt. Sie verwendeten das Serum per rectum und gaben in Serien von je 20 Tagen täglich 5 ccm, mit Ruhezeiten von 14—20 Tagen zwischen den einzelnen Serien. Die auch in fieberhaften Fällen erzielten Erfolge, die durch Hebung der Kräfte und Nachlassen der Krankheiterscheinungen gekennzeichnet waren, liessen sich auch biologisch nachweisen durch Bestimmung des Agglutinationtiters, der Antitoxine und der antihämolytischen Wirkung des Serum der Kranken. Ullmann (547), der ebenfalls die rectale Anwendung vorzieht, sah guten Erfolg bei Lungentuberkulose und Augentuberkulose. Weil (548) berichtet über günstige Einwirkung des per rectum eingeführten Marmorek-Serum in Fällen von nicht zu weit vorgeschrittener Larynxtuberkulose. Hoffa (549) spricht dem Marmorek-Serum nach den bei chirurgischer Tuberkulose gemachten Beobachtungen eine specifische Heilwirkung zu. Er giebt das Serum ebenfalls per rectum. Ebenso Hymans und Daniels (550), die bei chirurgischer Tuberkulose zwar gute Erfolge hatten, nicht aber bei Lungentuberkulose. Die Uebelstände, die mit der subcutanen Injektion verbunden sind und die die meisten Autoren wohl zur rectalen Anwendungweise bestimmt haben, lassen sich nach F. A. Elsaesser (552) vermeiden, wenn man vorsichtig und aseptisch verfährt. E. zieht daher die subcutane Anwendung vor und berichtet über gute Erfolge bei Behandlung der Lungentuberkulose. Max Elsaosser (535) dagegen, der das Marmorek-Serum gleichzeitig mit der Bacillenemulsion anwandte, bezweifelt die specifische Wirkung des Serum und hält es für wahrscheinlich, dass die von Anderen beobachteten Erfolge dem Gehalte des Serum double an Streptokokkenantitoxinen zuzuschreiben sind. Holmboe (554) hatte bei Lungentuberkulose keine Erfolge zu verzeichnen und Bock (555) fand es bei scrofulösen Augenerkrankungen wirkungslos, ja direkt schädlich für den Allgemeinzustand.

Ueber das *Maragliano'sche Serum* und Antitoxin ist schon in früheren Jahresberichten berichtet worden. Neuere Angaben über die aus dem Institute von Maragliano hervorgegangenen Präparate finden sich in Vorträgen von Maragliano (556. 557). Eine günstige Beurtheilung erfährt die M.'sche Serumtherapie hauptsächlich durch italienische Autoren: Basso (558), Germani (559. 560), Monti (561), Ballero (562), Cambiaso (563. 564. 565), während Flick (566) sich zurückhaltend äussert.

Normales Serum, innerlich verabfolgt, soll nach Hort (567) vortheilhaft sein, weil es dem kranken Körper die ihm fehlenden antilytischen Stoffe zuführt und somit der Gewebezerstörung Einhalt thut.

Der Einfluss der Organzelle auf die tuberkulöse Infektion, der besonders deutlich zu beobachten ist, wenn die Organe längere Zeit mit virulenten Tuberkelbacillen vermischt gewesen sind, legt, wie Bartel und Neumann (568) hervorheben, die Möglichkeit einer Organtherapie nahe. Anfänge hierzu finden sich bei Gérard und Lemeine (569). Diese stellten aus Leber und Galle ein Paratoxin her, von dem sie annehmen, dass es die in der Leber wirksamen entgiftenden Stoffe enthält. Sie konnten damit bei Tuberkulösen im I. und II. Stadium Heilungen herbeiführen, im III. Stadium aber und bei florider Phthise nichts ausrichten. Das vor Herstellung des Paratoxin versuchte Cholestearin hatte versagt.

Ueber die *Hyperämiebehandlung* der Lungen durch die *Lungensaugmaske* macht deren Erfinder, Kuhn (570. 571) neue Mittheilungen, wonach die Maskenbehandlung hauptsächlich im I. und II. Stadium, beim Fehlen stärkeren Katarrhs angezeigt ist. Die Athmungbehinderung hat eine verminderte Sauerstoffspannung zur Folge, der eine Vermehrung der Blutelemente, gerade wie unter dem Einflusse des Höhenklimas, entspricht. Es ist dies mit einem direkten Reiz auf das Knochenmark zu erklären. Ausser K. berichten nun auch Stolzenberg (572) und Meyer (573) über gute Erfolge mit der Lungensaugmaske. Knopf und Huey (574) wandten sie, um sich ein sicheres Urtheil über sie zu bilden, bei Kehlkopftuberkulose an, in der Annahme, dass hier ein Erfolg durch den Kehlkopfspiegel mit grösserer Sicherheit festzustellen sei, als bei Lungenkranken. Sie konnten denn auch laryngoskopisch unmittelbar nach dem Gebrauche der Maske eine Hyperämie der verher blassen Schleimhäute nachweisen. — Mit Schröpfköpfen sucht Warren Sever (575) eine Hyperämie in tuberkulösen Abscesshöhlen herbeizuführen. Hirtz (576) erwähnt frühere Versuche, die darauf abzielten, eine Behinderung der Athmung zu Heilzwecken bei Lungentuberkulose zu erreichen, und erklärt die damit erreichten Erfolge durch das Lungenemphysem, das in Folge der behinderten Athmung entsteht. Er unterscheidet dabei das lokale Emphysem vom allgemeinen und sieht nur dieses als eine antituberkulöse Vertheidigungreaktion an, die tuberkulöse Processe zum Stillstande bringen kann. Um dieses Emphysem herbeizuführen, lässt er die Kranken einen Leibgürtel tragen und methodische Athemübungen vornehmen, bei gleichzeitiger Massage der Brustmuskulatur.

Gegen die Athemübungen und für möglichste Ruhigstellung der erkrankten Lunge erklärt sich Rubel (577) unter Hinweis auf die Beobachtung, dass tuberkulöse Krankheitprocesse in den Theilen der Lungen, die bei der Athembewegung am wenigsten betheiligt sind, die meisten Aussichten auf Heilung haben oder doch bessere Aussichten als die Herde in den stärker an der Athembewegung theilnehmenden Abschnitten. Besonders erweist sich der Druck, den ein pleuritisches Exsudat auf tuberkulöse Processe ausübt, oft von günstiger Wirkung. Diese Beobachtung hat denn auch dazu geführt, die Ruhigstellung der kranken Lunge auf operativem Wege zu versuchen. Ferlanius hat schon vor längerer Zeit durch Herstellung eines künstlichen Pneumothorax gute Erfolge bei Lungentuberkulose erzielt. In Deutschland hat Brauer diese Behandlungweise eingeführt, unter Ersatz der Luft durch Stickstoff, der weniger leicht resorbirt wird, während Schmidt die Gase durch Flüssigkeit (Olivenöl, Kochsalzlösung) ersetzte. Voraussetzung für das Verfahren ist die Einseitigkeit der Erkrankung und das Vorhandensein einer Pleurahöhle; d. h. die Erkrankung muss verwiegend die eine Seite betreffen und die Lunge darf nicht vollständig mit der Brustwand verwachsen sein. Weitere Angaben über die Indikationen und die Technik geben Saugmann (578), Lexer (579) und Pigger, dio über günstige Einwirkung der Operation berichten. Pigger (582) hat den Erfolg der Operationen durch Feststellung des opsonischen Index controlirt und eine Steigerung dieses gefunden, die, wenn die Compression vollständig gelingt, eine dauernde bleibt und somit dem Verhalten nach eingetretener Heilung gleicht. Steinbach (583) theilt weitere Beobachtungen mit über günstige Beeinflussung tuberkulöser Processe durch spontan entstandenen Pneumethorax.

Im Gegensatze dazu stehen die Bestrebungen, durch operative Eingriffe die *Stenose der oberen Brustapertur*, die nach Freund als Ursache der Tuberkulose von Bedeutung ist, zu heben und damit die fehlende Beweglichkeit der 1. Rippe wiederherzustellen, gewissermaassen den natürlichen Heilungprocess, die Gelenkbildung an der 1. Rippe, nachzuahmen. Freund (584) bespricht dio bisher Operirten und die Indikationen zur Operation, Knusch (585) berichtet über einen weiteren von ihm operirten Fall, über dessen Erfolg ein Urtheil noch nicht abzugeben ist, wenn auch die Leichtigkeit des Eingriffs festgestellt werden kann.

Die Ruhigstellung dor kranken Lunge wird noch energischer von Searpa (586) bekämpft, der einen besonderen Apparat, den Hemiexothorax pneumaticus, erfunden hat, um durch äusseren Druck auf die gesunde Seite eine vicariirende Athmungsteigerung der kranken Seite hervorzurufen. Der Apparat besteht aus einer sich eng dem Thorax anschmiegenden Weste aus undurchlässigem Stoff mit einer Verriehtung, die es ermöglicht, Luft zwischen diese Weste und den Brustkerb einzublasen und unter einen gewissen Druck zu stellen. Eine Abänderung des Apparates ermöglicht es, den Druck auf die unteren Lungen-

abschnitte zu vertheilen, und zwar auf beide Seiten, wenn man bei doppelseitiger Erkrankung in den Spitzen oder Oberlappen eine Vertiefung der Athmung in diesen Partien erreichen will.

Die Frage, ob die Tuberkulose bei Schwangeren als eine Indikation zur *Unterbrechung der Schwangerschaft* anzusehen sei, ist vielfach erörtert. Im Allgemeinen wird die Frage bejaht, wenn auch nicht unbedingt für alle Fälle. Die Fälle, in denen das Leben der Mutter doch als verloren gelten muss, werden wohl von allen Seiten als ungeeignet bezeichnet. Anders steht es mit den leichten Fällen, in denen viele zu abwartendem Verhalten rathen, weil es zweifelhaft erscheint, ob die Mutter durch die am normalen Ende der Schwangerschaft erfolgende Entbindung wirklich schwerer geschädigt wird als durch den künstlichen Abort oder die Frühgeburt. Bumm (587) hält unter der Voraussetzung, dass die Tuberkulose sicher nachgewiesen ist, die Unterbrechung der Schwangerschaft für angezeigt, bei leichter oder mittelschwerer Erkrankung der Lungen, wenn die Gravidität noch nicht über das erste Drittel fortgeschritten ist, aber schon zu einer deutlichen Verschlimmerung der örtlichen Symptome geführt hat. Radikaler urtheilt Ifeimann, der von den Einschränkungen der Gynäkologen nichts wissen will und den Satz aufstellt: „bei jeder schwangeren Tuberkulösen ist der künstliche Abort angezeigt", ausgenommen in aussichtlosen Fällen oder bei ausdrücklichem Widerspruch der Schwangeren. Heimann unterstützt diese Forderung mit sehr triftigen socialmedicinischen, praktischen und wissenschaftlichen Gründen. Aehnlich äussert sich Carli (588), während Pradella (589) ein Fortschreiten des Lungenprocesses zur Voraussetzung seiner Zustimmung macht. Energisch tritt auch Freudenthal (130) für die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Kehlkopftuberkulose ein. Für eine individualisirende Behandlung spricht dagegen Veit (590): „nicht die Tuberkulose als solche, sondern das Verhalten der Schwangeren entscheidet die Indikationstellung". Zeigt das Körpergewicht der Schwangeren eine regelmässige Zunahme, so ist der künstliche Abort nicht angezeigt, weil man alsdann darauf rechnen kann, dass die Schwangere die Geburt und das Wochenbett gut überstehen wird. Zeigt die Wage regelmässige Abnahme an, so ist die Unterbrechung der Schwangerschaft zwecklos, weil die Kranke nicht mehr zu retten ist. Unregelmässige oder ungenügende Gewichtszunahmen sind ein Beweis dafür, dass die Schwangere bedroht ist, dass es Zeit ist, den Abort einzuleiten. Besondere Formen der Tuberkulose und Complikationen (wie Erbrechen) ändern nichts an dieser Beurtheilung; höchstens könnte das Fieber die Entscheidung beeinflussen. Auch Bellenhagen (591) erklärt sich für eine individualisirende Auswahl der Fälle und fordert namentlich, dass die Schwangeren nicht von der Aufnahme in Heilstätten ausgeschlossen werden. Knttner (128. 129) will auch die Kehlkopftuberkulose nicht unbedingt als Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft gelten lassen, sondern ausser den ganz schweren auch die ganz leichten Fälle ausscheiden.

Das *Sonnenlicht* wird von v. Szabóky (593) zur Behandlung der Tuberkulose empfohlen und zwar in Form von Sonnenbädern bei Spitzenkatarrh und Pleuraexsudaten, bei Kehlkopftuberkulose als Sonnenbestrahlung. Weisz (594) berichtet über gute Erfolge der Sonnenbelichtung bei Kehlkopf- und Unterlippengeschwür tuberkulöser Natur. Oppenheimer (595) und Scheimpflug (596) hatten gute Erfolge von Sonnenbädern bei tuberkulöser Peritonitis zu verzeichnen.

Wir kommen damit zu den verschiedenen *Medikamenten*, von denen man sich eine Heilwirkung auf die Tuberkulose versprochen hat. Das Kreosot empfiehlt Philip (597) für die chronischen Formen der Tuberkulose, Pechère (598) für Nierentuberkulose. Schröder (599) zieht die Ersatzpräparate, namentlich das Creosotal, das in Verbindung mit Ichthyol gute Dienste leistet, vor, hält aber eine direkte Heilwirkung für ausgeschlossen und nimmt nur an, dass eine Unterstützung der sonstigen therapeutischen Bestrebungen durch Creosotal möglich ist. Aehnlich urtheilt Daus (600) über das Pneumin, das dem Kreosot vorzuziehen ist, weil es geruch- und geschmacklos ist und nicht ätzend auf die Schleimhäute wirkt. Temarkin (601) verglich verschiedene Guajacol-Präparate und fand das Thiocol wirksamer als Styracol und Oresol; er spricht ihm eine hohe, im Thierkörper zur Wirkung kommende baktericide Kraft zu, die dem Guajacol abgeht. — Blümel (602) warnt vor dem Eucalyptusöl „als gefährlich und schädlich". Mit Ifetol erzielten Goldschmidt und Knobel (603) bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose selbst bei fiebernden Kranken gute Erfolge. Kapp (604), Meithner (605) und Weiss (606) empfehlen das Celletropin, das die Leukocytose anregen und somit zu vermehrter Alexinbildung führen soll. Manfrini (607) empfiehlt das colloidale Platin, zwar nicht als Specificum, aber doch als ein Mittel, das die Widerstandkraft der Kranken erheblich steigert. Ganz sonderbar ist ein Verfahren, das Ganea (608) angiebt: er spritzt eine ätherische Jodoformlösung durch eine Spritze, die einen giesskannenartigen Ansatz trägt, „ohne die Haut wesentlich zu verletzen" in die Muskeln über der infiltrirten Lungenpartie; von den Muskeln „gelangt die Injektionsmasse bis in die Lungensubstanz, durchtränkt den tuberkulösen Herd und entfaltet hier ihre Wirkung". Und solches schreibt ein Doctor medicinae und Sekundärarzt, und eine sonst als ernsthaft geltende Fachzeitschrift nimmt es auf! Ueber die Einwirkung des Jod auf tuberkulöse Processe sind die Ansichten verschieden: während Landis (609) sogar vor der dia-

gnostischen Anwendung des Jod warnt, weil es unter Umständen inaktive Processe zu aktiven machen kann, kennte Calabrese (610) bei tuberkulöser Pleuritis und Peritonitis eine deutliche Heilwirkung des in Verbindung mit Guajacol eingespritzten Jod wahrnehmen, die in den Fällen von Peritonitis deutlicher zum Ausdruck kam als in denen von Pleuritis. Auch die antitoxische Wirkung des Peritonäalexsudates erwies sich als stärker als die des Pleuraexsudates, wenn es bei Meerschweinchen gegen Tuberkulose erprobt wurde. Vielleicht lässt sich eine günstige Jodwirkung auch aus den Versuchen von Livierate (611) entnehmen, der eine Reihe von Medikamenten (Kreosot, Jod, Natriumkakodylat und Terpentinöl) Kaninchen einspritzte und das Blutserum dieser Thiere nach genügend langer Durchführung dieser Behandlung auf antitoxische und bakterieide Eigenschaften untersuchte. Allein das Serum der mit Jod behandelten Thiere kennte bei Meerschweinchen, die eine tödtliche Dosis Tuberkulin erhielten, den Process etwas aufhalten, während die anderen Sera ohne Wirkung waren.

Von den Mitteln, die gegen das *Fieber* gebraucht werden, ist an erster Stelle das Pyramidon zu nennen, das Loomis (612), Sander u. A. besonders bevorzugen. Fabris (613) erklärt das Maretin allen anderen Antipyreticis als überlegen, wenn es auch in akuten und vorgeschrittenen Tuberkulose fällen versagt. Dagegen warnt Port (614) unter Mittheilung einer von ihm beobachteten Maretinvergiftung vor diesem Mittel, das bei längerem Gebrauche schwere Anämie mit Veränderungen der rothen Blutkörperchen herbeiführte. Auch Zille (615) warnt, unter Anerkennung der antipyretischen Eigenschaften, vor dem Maretin, nachdem er Ikterus und Collapserscheinungen beobachtete.

Bei der *Behandlung der Hämoptöe* werden die narkotischen Mittel zur Unterdrückung des Hustenreizes, besonders das Morphium, von Schröder und Kaufmann (l. c.) ganz verworfen, weil dadurch die Expektoration erschwert wird, die Blutung aber nicht zum Stehen kommt. Amylnitrit-Einathmung werden von Braga (616) und Lundie (617) empfohlen, der es durch eine Maske wie Chloroform einathmen lässt. Foehi (618) giebt es zusammen mit anderen Blutstillungsmitteln und findet es wirksam, ausser bei gleichzeitiger Arteriosklerose. Campani (619) stellte Versuche mit Natriumnitrit an, das ebenso wie das Amylnitrit die Blutung herabsetzt, wenn auch nicht ganz so schnell wie dieses. Nach Campani wirken die Nitrite nur günstig bei Kranken in gutem Kräftezustande und mit kräftigem und gespanntem Pulse, versagen aber, wenn die Blutung aus einem grösseren Gefässe stammt. Otis (620) möchte die Behandlung der Hämeptöe von einer Prüfung des Blutdruckes abhängig machen: er giebt bei gesteigertem Blutdrucke Amylnitrit neben Eis, Morphium und Atropin, bei niedrigem Blutdrucke dagegen Ergotin, von dem ein direkter Einfluss auf die Gefässmuskulatur zu erwarten ist.

Zur Behandlung der *Nachtschweisse* der Phthisiker empfiehlt Heuer (621) heisse Lysolabwaschungen.

Mit Ozonbehandlung konnte Stoker (622) eine grosse, mit einer Operationwunde communicirende Caverne, die vorher keine Heilungstendenz gezeigt hatte, zur Heilung bringen.

Bei der *Kehlkopftuberkulose* ist die örtliche Behandlung, mitunter auch ein operativer Eingriff angezeigt. Auf diese Weise lassen sich, wie Alexander (623) ausführt, in Verbindung mit entsprechender Allgemeinbehandlung, oft noch Heilungen herbeiführen. Eine Uebersicht über die bei Kehlkopftuberkulose in Frage kommenden Operationen, Aetzungen u. s. w. giebt Friedrich (624), der auch die für vergeschrittene Fälle erforderlichen Linderungsmittel aufzählt, die Allgemeinbehandlung und das Schweigegebot nur flüchtig erwähnt. Dieses wird in voller Strenge zur absoluten Ruhigstellung des Kehlkopfes von Bardswell und Adams (625) und von Felkin (626) gefordert, während Jurasz (627) ein Sprechen mit Flüsterstimme allenfalls gestatten will. Hamm (628) rühmt die Lippspringer Arminiusquelle, die ihm die operativen Eingriffe bei Kehlkopftuberkulose entbehrlich macht. Finder (629) weist auf die Unterstützung der lokalen Kehlkopfbehandlung durch die sonstigen zur Behandlung der Tuberkulose dienenden Mittel (Anstaltbehandlung, Tuberkulin u. s. w.) hin und hebt die Heilungstendenz, die Widerstandfähigkeit des Körpers besonders hervor, die neben der Ausdehnung des tuberkulösen Processes im Kehlkopfe die Prognose bestimmt, während der Zustand der Lungen weniger von Bedeutung ist. Hinsberg (630) empfiehlt für geeignete Fälle die curative Tracheotomie, während Frese (631) sich allen Eingriffen ernsterer Art abgeneigt zeigt, auch die Erfolge der Tuberkulin- und Lichtbehandlung, sowie der Stauungsbehandlung bezweifelt.

Ueber die Behandlung der *tuberkulösen Peritonitis* liegt eine Reihe interessanter Arbeiten vor. Während Robin (632), Fontana (633) und Gentile (634) eine Heilung durch innerliche Mittel für möglich halten und erst bei deren Versagen die chirurgische Behandlung anrathen, während Galassi (635) mit der Jodbehandlung gute Erfolge hatte, berichten Federici (636) und Andere über die günstige Wirkung der Laparotomie. In welcher Weise diese Heilwirkung der Laparotomie zu erklären ist, bleibt noch unentschieden. Schrakamp (637) nimmt eine Selbstheilung der Bauchfelltuberkulose durch ihr eigenes Exsudat an, Schulze (638) konnte durch Sauerstoffinfusionen, Napoleone (639) durch Einblasen atmosphärischer Luft in die Bauchhöhle dasselbe erreichen, wie durch die Laparotomie, so dass es naheliegt, die Wirkung dieser mit dem

Zutritte von Luft zur Peritonäalhöhle zu erklären. Bircher (640) giebt eine umfassende Darstellung der Bauchfelltuberkulose mit Besprechung der verschiedenen Theorien, die für die Heilwirkung der Laparotomie aufgestellt sind. Er bestätigt die von Anderen angegebenen Erfolge der Operation, wendet aber häufig noch nach der Operation die Röntgenbestrahlung an, die nach erfolgloser Laparotomie, bez. nach Recidiven oft noch von guter Wirkung war. Auch lässt sich mit den Röntgenstrahlen allein oft ein Erfolg erzielen, so dass deren Anwendung in solchen Fällen angezeigt erscheint, in denen man aus äusseren oder inneren Gründen die Operation nicht ausführen kann. Allaria und Rovere (641) rathen zu grösster Vorsicht bei Röntgenbestrahlung der tuberkulösen Peritonitis, die dadurch leicht eine Verschlimmerung erfahren kann; eine günstige Wirkung in leichten Fällen wird indessen nicht bestritten. Auch Pancoast (642) betrachtet die Röntgenstrahlen als ein werthvolles Unterstützungsmittel in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Garratt (643) hatte bei tuberkulöser Cystitis gute Erfolge von der Röntgenbestrahlung. Robin (644. 645) empfiehlt sie bei Drüsenschwellungen tuberkulöser Natur, Darbois (646) und Danlos (647) für die Behandlung des Lupus, während Beurmann und Degrais (648) das Finsenlicht vorziehen. Troisfontaines (649) und Drouw (650) wenden Kauterisationen an, Morestin (651) räth zu operativer Abtragung der erkrankten Partien.

Für die Behandlung der *Gelenktuberkulose* giebt Martens (652) einen ausgezeichneten Ueberblick über den heutigen Stand der Wissenschaft mit besonderer Berücksichtigung der conservativen Behandlungsmethoden. Martens und ebenso Warren Low (654) treten energisch für die Freiluftbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose ein. Warren Low empfiehlt ausserdem in geeigneten Fällen das Neutuberkulin.

Sobotta (Reiboldsgrün).

368. **Physikalische und klinische Betrachtungen über die sogen. Rassel- und Reibegeräusche**; von Dr. Buttersack. (Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 453. 1908.)

B. kommt zu dem Ergebnisse, dass die Rasselgeräusche nicht durch einen Katarrh in den Bronchen entstehen, sondern durch Veränderungen des Lungengewebes und dass wir demgemäss ihre klinische Bewerthung — namentlich auch für die Diagnose der Lungenspitzentuberkulose — abändern müssen. Dippe.

369. **Les albuminuries, les néphrites chroniques et le bacille de Koch**; par le Dr. de Keersmaecker. (Fol. urolog. II. 1. 1908.)

„Wir wissen heutzutage, dass eine Infektion mit Tuberkelbacillen eine einfache Entzündung ohne specifischen Charakter hervorrufen kann, die ohne Tuberkelbildung zur Sklerose führt. Diese Entzündung ist nicht durch die vom Tuberkelbacillus erzeugten und im Blute cirkulirenden Toxine verursacht, sondern ist auf die im Innern der Gewebe vorhandenen Tuberkelbacillen zurückzuführen. Die durch die Infektion mit Tuberkelbacillen hervorgerufene anatomische Läsion kann also eine einfache Entzündung ohne specifischen anatomischen Charakter darstellen. Diese Erkrankungen sind keine Tuberkulosen im wahren Sinne des Wortes, am besten bezeichnen wir dieselben wohl als „Tuberculo-Bacillies"; der richtige Name fehlt uns noch. Jede chronische Entzündung, die zur Sklerose führt und deren Ursache unbekannt bleibt, kann also durch den Tuberkelbacillus erzeugt worden sein; hierher gehören u. A. die chronischen Entzündungen dunklen Ursprunges gewisser Drüsen: Prostatitis, Nephritis, Hepatitis u. s. w. (Albuminurie; Diabetes, Prostatismus). Wir können viele Fälle sogenannter faux-urinaires der Franzosen wohl in die Kategorie der „Tuberculo-Bacillies" einreihen.

Die Aetiologie der verschiedenen Arten von Albuminurie und von chronischer Nephritis ist uns in den meisten Fällen noch unbekannt. Die von den Klassikern angegebenen Ursachen sind zwar zahlreich, aber nicht genügend durch experimentelle Untersuchungen bewiesen, und bleiben daher verdächtig. Diese Krankheiten, welche einfache, zur Sklerose führende Entzündungen darstellen, können einer Infektion mit dem Tuberkelbacillus zuzuschreiben sein. Die Untersuchung des Urins in den Fällen von Albuminurie und von chronischer Nephritis, sei es medicinischer oder chirurgischer Natur, ergiebt, dass man immer dieselben Elemente vorfindet, insbesondere, abgesehen von Eiweiss und von Cylindern, Eiterzellen, welche die gewöhnlichen Nährböden steril lassen.

Alle diese Kranken reagiren in klassischer Weise auf Alttuberkulin Koch. Sie werden leicht durch die Behandlung vermittelst der Tuberkuline beeinflusst. Die Diagnose der „Tuberculo-Bacillies" der Niere beruht auf der Untersuchung des Urins und auf der durch die drei folgenden Symptome gebildeten Trias: 1) Schmerzen, 2) Temperaturcurve, 3) Albumencurve während der verschiedenen Tageszeiten.

Wir sehen als „Tuberculo-Bacillies" an: die meisten Fälle von Bright'scher Krankheit, die einseitigen Nephritiden, ebenso die orthostatischen, physiologischen und Schwangerschafts-Nephritiden, ferner die cyklischen oder Pavy'schen Nephritiden u. s. w.

Die Behandlung der „Tuberculo-Bacillies" und Tuberkulosen des uropoetischen Systems ist gleich der der anderen Tuberkulosen. Sie besteht nicht in der absoluten Milchdiät und Bettruhe in einem hermetisch abgeschlossenen Zimmer, noch in einer anderen empirischen und daher oft schädlichen Therapie." P. Wagner (Leipzig).

370. **Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Blutdruckes und über den Einfluss der Nahrung auf denselben bei chronischer Nephritis;** von Dr. Johannes Brodzki. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 3. p. 310. 1908.)

Br. hat für die experimentelle akute Nephritis früher nachgewiesen, dass Kochsalz und andere Nahrungsstoffe (auch Wasser) keine nennenswerthe Blutdrucksteigerung bewirken. Aehnliches ergab sich auch für die chronische Nierenentzündung.

Dippo.

371. **Die Apoplexie des Nierenlagers;** von Dr. Doll in Karlsruhe. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 49. 1907.)

D. konnte auf Grund eines früher von ihm klinisch und anatomisch beobachteten Falles neuerlich intra vitam bei einem 41jähr. corpulenten Manne mit alter Syphilis, chronischer Nephritis u. A. eine 5 Tage vor dem Tode eingetretene „Apoplexie" des Nierenlagers diagnosticiren. Die *Sektion* bestätigte die Diagnose; es fand sich eine gewaltige retroperitoneale Hämorrhagie links von der Mittellinie; am oberen Pole der linken Niere fand sich ein etwa 1 cm langer Riss in der Capsula fibrosa und eine kirschgrosse, von Coagulis erfüllte Höhle im Parenchym. Als Ursprung der Blutung wurde Ruptur einer arteriosklerotischen kleinen Arterie angenommen. Eingehende Besprechung des Symptomenbildes. Lohlein (Leipzig).

372. **Ueber Technik und Nutzen der Saugbehandlung bei Nasenerkrankungen;** von Dr. R. Sondermann in Dieringhausen. (Berl. Klinik XX. 238. 1908.)

Das Ansaugen von Sekret aus der Nase und deren Nebenhöhlen geschieht entweder mit der Maske, oder mit dem Olivenansatze, an dem ein Gummiballon befestigt ist. Der Pat. intonirt ein „i" oder spricht „Kuckuck" oder macht eine Schluckbewegung mit oder ohne Wasser. Auf diese Weise wird die Nase vom Munde abgeschlossen, es kann ein negativer Druck durch den Ballon erzeugt werden.

Indikationen für die Saugbehandlung sind akuter und chronischer Schnupfen, Ozaena und Nebenhöhleneiterungen. Ist nach 24 Stunden die Eitermenge noch nicht vermindert und haben die subjektiven Beschwerden noch nicht nachgelassen, so ist die weitere Saugbehandlung ohne operativen Eingriff zwecklos. Hoehheim (Halle a. d. S.).

373. **Ueber die Indikationen zur Radikaloperation bei entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase;** von Prof. A. Kuttner in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 11. 1908.)

Die Radikaloperation ist nur vorzunehmen, wenn ernste Complikationen von Seiten der Orbita oder des Gehirns zu fürchten sind. In allen Fällen ist der Radikaloperation die intranasale Behandlung vorauszuschicken, da durch diese nach Monate langer Spülung oder Trockenbehandlung häufig Heilung eintritt und mit grosser Sicherheit ernste Complikationen vermieden werden. Eine Radikaloperation kann eine Dauerheilung eben so wenig wie die intranasale Behandlung gewährleisten.

Hoehheim (Halle a. d. S.).

374. **Wann ist die Radikaloperation der Nebenhöhlen der Nase nothwendig?** von Dr. W. Lublinski in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 49. 1907.)

In der grössten Mehrzahl der Fälle ist bei der akuten Kieferhöhlenentzündung überhaupt kein Eingriff nothwendig; in wenigen die Punktion mit einer oder einigen Ausspülungen. Bei der chronischen Entzündung ist, wenn sie einem Zahnleiden ihren Ursprung verdankt, Anbohrung der erkrankten Alveole und Ausspülung, in den übrigen Fällen eventuell Eröffnung vom unteren Nasengange aus angezeigt. Nur bei Knochencaries, in alten verschleppten Fällen, ist die Radikaloperation zu unternehmen. Die Stirnhöhleneiterung erfordert freien Abfluss; selten ist dazu im akuten Stadium die Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel nothwendig, keineswegs die Radikaloperation; bei der chronischen ist diese beim Fortschreiten des Processes auf Auge und Hirn angezeigt. Siebbein- und Keilbeinhöhle erkranken am häufigsten in Verbindung mit einer der beiden grossen Höhlen; die Operation ist aus denselben Gründen angezeigt. Besonders die Keilbeinhöhle gefährdet Auge und Sehnerven in Folge der engen Nachbarschaft.

Hoehheim (Halle a. d. S.).

375. **Die Radikaloperation der Kieferhöhleneiterungen von der Nase her;** von Dr. L. Réthi in Wien. (Wien. med. Wchnschr. XXI. 5. 1908.)

R. räth, zunächst das Antrum von einer natürlichen Oeffnung aus auszuspülen. Wenn nach mehreren Wochen kein Erfolg zu verzeichnen ist, ist bei dentalem Ursprunge von der Alveole aus anzubohren. Führt auch dieser Weg zu keinem befriedigenden Resultate, so legt man eine breite Communikation zwischen Nase und Antrum an, und zwar vom unteren *und* mittleren Nasengange. Die Oeffnungen sind möglichst gross anzulegen, damit man einen guten Ueberblick über das Antrum hat und eventuell Auskratzungen mit dem scharfen Löffel ohne Schwierigkeiten vornehmen kann. Hoehheim (Halle a. d. S.).

376. **Ueber osteoplastische Operationen an der Stirnhöhle wegen chronischer Eiterung (mit Krankenvorstellung);** von Dr. Richard Hoffmann in Dresden. (Vorhandl. d. deutschen laryngol. Ges. II. p. 132. 1907.)

H. eröffnet die Stirnhöhle durch einen Schnitt *unterhalb* der Augenbrauen, weil der Schnitt *innerhalb* der Brauen durch Narbencontraktion die Stellung der Haare und damit den kosmetischen Effekt beeinflussen kann. Dann resecirt er die vordere Wand temporär, führt ein dickes Spiraldrainrohr aus Silberdraht in die Nase, das er 15—18 Wochen liegen lässt und vernäht dann primär oder sekundär nach 2 Tagen.

Die Erfolge waren bisher gut; nur ein Recidiv in Folge von Kieferhöhlenempyem.

Hoehheim (Halle a. d. S.).

377. **Die Beziehungen der entzündlichen Orbitalerkrankungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase;** von Dr. Rich. Hoffmann in Dresden. (Verh. d. deutschen Laryngol.-Ges. II. p. 91. 1907.)

Dieses Sammelreferat berücksichtigt wohl alle Umstände, unter denen bei Erkrankung einer Nebenhöhle das Auge in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Vor der Eröffnung einer Nebenhöhle darf man selbst in zweifelhaften Fällen nicht zurückschrecken wegen der Wichtigkeit des Auges. Die Art der Operation steht im Belieben des Behandelnden, da jede zum Ziele führen kann, sofern für freien Abfluss des Eiters gesorgt wird. Die grösste Gefahr droht der Orbita von der Stirnhöhle und der Keilbeinhöhle. Zur Stellung der Diagnose dienen in Zweifelsfällen Ansaugen, Durchleuchten und als Ultimum refugium die Probeaufmeisselung.

Hochheim (Halle a. d. S.).

378. **Histologische Untersuchungen über die „typischen Nasenrachenpolypen", besonders über ihre Veränderungen bei der Spontanheilung;** von Dr. O. Ballo in Strassburg. (Ztschr. f. Ohrenhkde. LV. 4. p. 310. 1908.)

B. fand bei der Untersuchung von (acht) typischen Nasenrachenpolypen, dass Venen und Arterien hyalin degeneriren und schliesslich obliteriren. In dem Geschwulstparenchyme war eine starke Alteration eingetreten, die zum Theil als hyaline Degeneration gelegentlich auch als einfache Nekrose zu bezeichnen war.

Die Veränderungen des Tumorparenchyms stehen in engem Zusammenhange mit den Veränderungen der Gefässe, und es ist vielleicht daraus der Schluss zu ziehen, dass Spontanheilungen im Laufe von Jahren eintreten können. Hochheim (Halle a. d. S.).

379. **Bacilles de Loeffler et végétations adénoïdes;** par C. Cheveau, Paris. (Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 2. p. 493. 1908.)

Da nach Diphtherieseruminjektionen nicht immer die Bacillen aus dem Rachen verschwinden, obwohl die Kinder keine Symptome von Diphtherie mehr zeigen, so empfiehlt Ch. Auskratzungen, da in den Krypten der Adenoiden die Diphtheriebacillen durch das Serum nicht unschädlich gemacht werden. Hochheim (Halle a. d. S.).

380. **Ueber Gefässgeschwülste der Mund-Rachenhöhle und des Kehlkopfes;** von Dr. Voigt in Würzburg. (Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 1. p. 19. 1908.)

V. berichtet über 2 Fälle von Angioma simplex und über einen Fall von Angioma cavernosum.

Die beiden ersten Patientinnen waren Schwestern; der Vater und eine andere Schwester, die nicht untersucht werden konnten, litten ebenfalls, wenigstens nach dem Berichte der ersteren, an Angioma simplex. Lippen, Zunge, weicher Gaumen und Naseninneres waren zum Theil dicht besät mit kleinen Angiomen, die leicht bluteten; der Larynx war frei.

Die 3. Pat. zeigte an der linken Tonsille eine markstückgrosse, blaue gelappte Neubildung, je eine kleinere Geschwulst im Sinus pyriformis, im Inneren des Kehlkopfes und in der Zungenbasis.

Im letzteren Falle wurde therapeutisch eingegriffen (Galvanokauter), weil die Geschwülste wuchsen, in den beiden anderen Fällen war Behandlung nicht nöthig.

Hochheim (Halle a. d. S.).

381. **Ueber die Physiologie der Tonsillen und die Indikation zu ihrer Abtragung;** von E. Barth in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 49. 1907.)

Die Tonsillen sind Schutzapparate in demselben Sinne wie die Lymphdrüsen; ihre Zellenemigration befähigt sie noch zu besonderen Schutzleistungen. Für die Abtragung hypertrophischer Tonsillen sind die örtlichen Störungen maassgebend, die durch sie bedingt werden. Tonsillen, die nekrotische Herde oder Abscesse enthalten, müssen nach chirurgischen Grundsätzen behandelt werden, da sie nebenbei auch noch die Möglichkeit einer Allgemeininfektion bieten (Sepsis, Rheumatismus u. s. w.). Bei Entfernung der Rachenmandel darf lediglich die Mandel entfernt werden, ohne die Schleimhaut zu verletzen.

Hochheim (Halle a. d. S.).

382. **Ueber protrahirte Eiterungen nach peritonsillären Abscessen;** von Dr. Wilh. Roth in Wien. (Wien. med. Wchnschr. XXI. 16. 1908.)

Die beiden Fälle brauchten 2 und 6 Monate bis zur Heilung trotz richtiger Incisionoffnung. Der Grund für die langwierige Krankheit lag in der Grösse und der weiten Zerklüftung der Abscesshöhlen. Schliessliche Heilung wurde durch Spülungen mit Perhydrol und Auswischen mit Tinct. jodi und Tinct. gallar. ana erzielt.

Hochheim (Halle a. d. S.).

383. **De l'abscès périostique juxtaamygdalien ou abscès périostique odontogène localisé à la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur;** par E. Escat, Toulouse. (Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 1. p. 58. 1908.)

Der innerhalb von *Wochen* entstehende Abscess tritt nie bei Kindern, sondern nur bei Erwachsenen vom 20. bis 40. Lebensjahre auf. Seine charakteristischen Symptome sind Trismus, Schlingbeschwerden und Schmerzen in Pharynx, Unterkiefer und Zunge. Aetiologisch hängt der Abscess mit Caries des 2. Molaren oder des Weisheitzahnes zusammen.

Die Therapie ist rein chirurgisch; je nach dem Grade des Trismus geschieht die Oeffnung von innen oder von aussen.

Verwechselt werden kann das Leiden mit einem peritonsillären Abscesse, der jedoch nie über Wochen dauert, sondern stets innerhalb einiger Tage erledigt ist. Hochheim (Halle a. d. S.).

384. **Ueber Epiglottisamputation bei der Kehlkopftuberkulose;** von Jörgon Möller in Kopenhagen. (Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 1. p. 69. 1908.)

Die Amputation des Kehldeckels ist angezeigt bei tuberkulösen Leiden, die ausschliesslich auf die Epiglottis beschränkt sind, bei ausgesprochener Dysphagie, die durch die Epiglottisaffektion verursacht ist, bei beträchtlicher tuberkulöser Affektion der Epiglottis in Fällen von ausgedehnter Kehl-

kopftuberkulose, selbst wenn keine Dysphagie vorliegt. Als Amputationinstrument, das den weitesten Anforderungen entspricht, kommt nur die Guilletine von Alexander in Betracht.

Die Erfolge post amputationem waren eklatant: Geschwüre an der Epiglottis und den Stimmlippen heilten sehr bald und die Lungenaffektion besserte sich wesentlich.

Die Ansicht, dass durch Wegnahme der Epiglottis Fehlschlucken eintreten wird, ist irrig, da lediglich der Petiolus den Larynx mit schliessen hilft. Hochheim (Halle a. d. S.).

385. **La ponction de la membrane cricothyroïdienne comme opération temporaire préalable dans les trachéotomies d'extrême urgence;** par Ricard Betey, Barcelone. (Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 1. p. 91. 1908.)

In den Fällen, in denen keine Zeit für die Tracheotomie mehr ist, in denen in wenigen *Sekunden* Luft geschafft werden muss, empfiehlt B. die Punktion des Ligamentum crico-thyreoideum medium mit besonderem Troikart. Die Operation verläuft fast ganz unblutig. Nach dieser Laryngotomie schreitet man in aller Ruhe zur typischen Tracheotomie, nach deren Ausführung die obere Punktionkanüle, die im Nothfalle 48 Stunden liegen bleiben könnte, entfernt wird. Hochheim (Halle a. d. S.).

386. **Die Rolle der Schilddrüse in der Behandlung des Ekzems;** von Dr. C. Parhon und C. Urechе. (Spitalul. 7. p. 135. 1908.)

Eine Insufficienz der Schilddrüse muss zu einer Verlangsamung des Stoffwechsels führen und es besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass diese in der Entwickelung der Ekzeme eine Rolle spielt. Eine Stütze dieser Annahme liegt in der günstigen Beeinflussung gewisser Ekzeme durch Verabreichung von Schilddrüse. Andererseits bewirkt die Insufficienz der Schilddrüse auch eine mangelhafte Kalkablagerung, wodurch Störungen in der Gewebeosmose, eine stärkere Durchtränkung der Gewebe, Pruritus und Ekzembildung zu Stande kommen. Es erklärt dieses die gute Einwirkung der Einnahme von Chlorkalk auf Pruritus und Ekzem, wodurch eine Verbesserung der Kalkverhältnisse im Körper zu Stande kommt.

E. Teff (Braila).

387. **Therapeutische Beiträge zur Bogenlichtbestrahlung bei Hauterkrankungen;** von Dr. Riedel. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 13. 1908.)

Durch Bogenlicht wird ein künstliches Erythem von einigen Stunden erzeugt, das beim Abblassen der Haut zunächst ein marmerirtes Aussehen giebt, ehe sie zur Norm zurückkehrt. Bei wiederholten Bestrahlungen wird die Haut spröde, schilfert ab und wird etwas empfindlich gegen Druck. Durch zuweilen sich — ähnlich wie bei Sonnenbestrahlung — ablagerndes Pigment wird die spezifische Wirkung beschränkt. Bei langdauernden Arbeiten in der Nähe des Bogenlichts kann es zu chronischen Dermatitiden der entblössten Stellen kommen, doch sind erst später eintretende üble Nachwirkungen nicht zu bemerken gewesen. Von den Patienten wird die Bestrahlung im Grossen und Ganzen angenehm empfunden, besonders wenn es sich um juckende Processe handelt, weil rasch Linderung eintritt. Nässende Ekzeme trockneten rasch und heilten bei ca. 10—12 Bestrahlungen zum Theil ab; auch bei schuppenden und pustulösen Ekzemen waren Erfolge zu verzeichnen, während papulopruriginöse sich refraktär verhielten. Eben so erging es mit einem Lichen ruber. Akne und Sykosis reagirten ziemlich gut, desgleichen Herpes zoster, auch bei Rosacea erscheint ein Versuch zweckmässig.

Bei luetischen und tuberkulösen Hautaffektionen kam es zur vorübergehenden Besserung, doch wichen erstere erst specifischen Kuren; bei letzteren war ein dauernder Erfolg bei der oberflächlichen Wirkung der Strahlen nicht zu erwarten. In einem Falle von Pruritus ani glänzender Erfolg. Man kann also wohl mit dem Autor, der selbst nicht ein dermatologisches Universalheilmittel in diesen Strahlen sieht, die Anwendung des Kohlenbogenlichtes da zweckmässig in Betracht ziehen, wo die sonst übliche Salbenbehandlung wegen gewisser Umstände vermieden werden soll. Für Sykosis und oberflächliche bakterielle Erkrankungen dürften die Strahlen recht empfehlenswerth sein. Der verwendete Apparat kostet ca. 225—260 Mk., die Stunde (in Berlin) ca. 88 Pf. Brauns (Dessau).

388. **Ueber einen Fall von Dermatitis pseudosyphilitica vacciniformis infantum.** *(Erythème vacciniforme syphiloïde [Besnier]);* von Dr. A. Halle. (Dermatol. Ztschr. XV. 4. p. 215. 1908.)

Blau- bis braunrothe, hanfkorn- bis bohnengrosse, glänzende, in ihrer Mitte leicht erodirte oder gedellte, derbe Knoten oder auch Bläschen, die nach dem Platzen ihrer Decke sich erst später in Knoten umwandeln, mit gerötheter Umgebung, bilden das Krankheitsbild. Sie finden sich bei Kindern in der Analgegend, an den Nates, dem Perinaeum, Scrotum und an den grossen Labien. In dem von H. beobachteten Falle waren die Efflorescenzen an Nates, unterem Rückentheil und linkem oberen Augenlid lokalisirt. Mikroskopisch findet sich nach Hodara und Jacquet in fast allen Schichten der Epidermis ein intracelluläres Oedem, stellenweise Höhlenbildung. Die ödematösen Schichten homogenisiren sich und verwandeln sich in eine allmählich abblätternde Schuppe. In der Cutis starke Erweiterung sämmtlicher Gefässe, mit starker Hyperämie und Anscheppung der weissen Blutkörperchen in den meisten der kleinen oberflächlichen Gefässe; zunehmende Proliferation der perithelialen und intervasculären Bindegewebezellen mit Hypertrophie des Protoplasmas, Oedem der Lymphspalten u. s. w., am stärksten im Papillarkörper.

Syphilis wird ausgeschlossen durch das Fehlen aller specifischen Erscheinungen (Coryza, Rhagaden der Mundwinkel, Lymphdrüsenschwellungen). Brocq ist der Ansicht, dass eine bakterielle Infektion zu Grunde liegt; die langdauernde Einwirkung von Urin und Fäces soll die Entstehung dieser eigenartigen Pseudopapeln begünstigen. Abheilung erfolgt gewöhnlich in 14 Tagen bei Trocken- und Reinhaltung sowie Hebung der Gesammternährung.

Brauns (Dessau).

389. **Ueber die Pathologie und Therapie der Lepra;** von P. G. Unna. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLII. 12. 1906.)

U. tritt energisch der ziemlich allgemein verbreiteten Anschauung von der Unheilbarkeit der Hautlepra entgegen. Durch eine Viktoriablau-Safraninfärbung unterscheidet er aktive Bacillen von inaktiven, abgestorbenen Bacillenmassen, die erstere häufig gegen die Einwirkung der Heilmittel abschliessen sollen. Es müsse also durch zweckmässige Behandlung dafür gesorgt werden, dass alle Heilmittel auch wirklich auf die aktiven Bacillen zur Wirkung kämen.

Durch 22jähr. Erfahrung hat U. sich ein ganz bestimmtes Schema ausgebaut, nach dem bei den einzelnen Erscheinungformen der Hautlepra vorzugehen ist. Es kommen zur Anwendung Hitze in Form heisser Bäder, besonders Tintenbäder (Tannin und Eisenvitriol) oder in Form von heissen Duschen und Abseifungen. Ferner wird über Flanell geplättet, werden Druck und Massage angewendet. Leproine werden flach abgetragen und geätzt (Pasta caustica), wobei nebenher Thiosinamininjektionen oder Thiosinaminpflaster angewandt werden. Ferner kommen Pyrogallol, Resorcin, Chrysarobin, Carbol, Schwefel, Ichthyol als Salben und Pasten zur Anwendung; Carbol und Camphor als Injektionen, und Ichthyol und Salzsäure innerlich. Ein wichtiges Mittel ist endlich das Gynokardöl (Chaulmoograöl) in keratinirten Pillen oder Milchklystiren; auch Salicylpräparate, besonders Aspirin. Ferner noch 30proc. Perhydrol und 2—25proc. Pernatrolseifen.

Als Anhang folgen Schemata für die Durchführung der Behandlung und Receptformeln, deren Wiedergabe den Rahmen dieses Referates überschreiten würde. Wer in die Lage kommt, Hautlepra zu behandeln, wird zweckmässig das Original zur Hand nehmen. Brauns (Dessau).

390. **Ueber einige Formen narbiger Kahlheit, ihre Diagnose und Therapie;** von Dr. G. Arndt. (Dermatol. Ztschr. XV. 2. p. 80. 1908.)

A. sieht ab von der grossen Zahl von Processen, die zur Narbenbildung am behaarten Kopfe führen können (Trauma, Syphilis, Tuberkulose, Lepra, maligne Neubildungen, eitrige Follikulitiden, Furunkel, Karbunkel, Ekthyma terebrans, Acne nekrotica, Herpes zoster gangraenosus, tiefe Trichophytie, Favus, Lupus erythematodes) oder zu narbenähnlicher Atrophie (Lichen ruber planus atrophicus, Sklerodermia circumscripta, Atrophia maculosa cutis, Keratosis pilaris, Dermatitis herpetiformis), und beschäftigt sich eingehender mit einer Gruppe relativ seltener Processe, deren Aetiologie und Pathogenese vollkommen dunkel ist, und denen folgende klinische Merkmale gemeinsam sind: 1) Beginn mit geringen Veränderungen entzündlicher Natur in der Umgebung der Follikel (Röthung, Schuppung, Knötchen-, Pustelbildung). 2) Tendenz zur Bildung von Plaques, die im Centrum mit deutlicher Narbenbildung abheilen und peripherisch fortschreiten. 3) Ausserordentliche Chronicität, stetiges Fortschreiten trotz aller Therapie.

A. nennt zuerst die Pseudopelade, bei der die Begrenzung im Gegensatz zu Alopecia areata und Lupus erythematodes zackig ist. Hierbei zeigen sich — nicht immer — auf der weissen glänzenden Haut rosa Flecke, die auf Druck verschwinden. Bläschen-, Pustel-, Krustenbildung in der Umgebung der Follikel ist hierbei nicht vorhanden, höchstens mässige Schuppung an der Austrittstelle der erkrankten Haare. In der Umgebung der kahlen Stellen haben die normal aussehenden Haare eine succulente, glasige Scheide ohne Pilzelemente. Innerhalb der kahlen Stellen stehen häufig kleine Büschel gut erhaltener Haare. Die Therapie, 2mal täglich heisse Seifenwaschungen und 10proc. Schwefelzinkpaste, kann Stillstand des Processes herbeiführen; zu versuchen sind event. Röntgenstrahlen. Ferner das Ulerythema sycosiforme Unna (Sycosis lupoides Brocq, Acne lupoides, Dermite sycosiforme attrofiante Ducrey und Stanziale) meist im Bart, am häufigsten vor dem Ohr beginnend. In ausgebildeten Fällen zeigt sich eine haarlose weisse, narbige, runde oder unregelmässig buchtig begrenzte Scheibe, umgeben von einem 1—2 cm breiten Saum, der aus schuppen- und krustentragenden Knötchen und Pusteln besteht; die hier noch vorhandenen Haare haben eitrig imbibirte Wurzelscheiden. Bisweilen besteht mässiges Jucken. Am behaarten Kopfe tritt diese Erkrankung manchmal bandartig in der ganzen Circumferenz auf. Therapie: Heisse Seifenwaschungen, 10proc. Schwefelzinkpaste, 10proc. Resorcinpaste, Brooke'sche Paste (Rp. Hydrag. oleïnic. [5%] 28.0, Vaselin. flav. 14.0, Zinc. oxyd., Amyl. pur. ana 7.0, Ichthyol. 1.0, Acid. salicyl. 1.2.), Lassar'sche Schälpaste, eventuell Röntgenstrahlen.

Endlich Acne decalvans, Folliculito épilante, Alopécies cicatricielles innominées, wobei der der narbigen Atrophie vorausgehende Entzündungsprocess stärker ist und die Ausbreitung multiple grössere und kleinere Herde umfasst. Verwechselung mit Favus ist ausgeschlossen, wenn man das bei diesem bestehende trockene, glanzlose, bestaubte Aussehen der Haare entsprechend beachtet. Therapie: Resorcin-, Schwefelzinkpaste, event. Röntgenstrahlen. Keinen Theer. Brauns (Dessau).

391. **1) Ueber die Histologie und Pathogenese der Hauthörner;** von Dr. Franz v. Veress. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 1. 2. 1908.)

2) Zur Analyse der Hauthörner. *Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit von v. Veress;* von P. G. Unna. (Ebenda XLVI. 2. 1908.)

v. Veress unterscheidet:

1) a. *Echte Hauthörner:* Vereinzelt oder in sehr beschränkter Zahl hauptsächlich an älteren, ausnahmeweise an jungen Personen zu finden, stellen sie massive, konische oder cylindrische, einspitzige Auswüchse dar, besitzen ein unbeschränktes Wachsthum, sind papillär gebaut (an der Oberfläche gewöhnlich längsgestreift) und enthalten in den auspapapillären Theilen Marksubstanz. b. *Fibrokeratome:* Finden sich am Hals, im Gesicht und an den Augenlidern älterer Personen, sind feine, fadenförmige, dünne bis 1 cm lange Exkreszenzen von papillärer Struktur mit Hornmarkbildung. Sie werden nie grösser.

2) *Verhornte Warzen* sind den echten Hauthörnern sehr ähnlich, aber viel unregelmässiger gebaut, an der Oberfläche in viele kleine Hornhöcker zertheilt, enthalten nur spärlich Marksubstanz, desto mehr Kerne in der Hornmasse; sie bilden in späteren Entwickelungstadien mehrspitzige, gebirgsähnliche Hörner.

3) *Falsche Hörner* sind a. irrthümlicher Weise so bezeichnete Calli, Clavi oder vereinzelte Auswüchse, die thatsächlich wohl entwickelte Cornua darstellen, aber nicht papillär gebaut sind und kein Hornmark besitzen; b. multiple juvenile Hauthörner meist an jüngeren, weiblichen Individuen und meist quergestreift.

4) *Abnorme Hauthörner*, wohin v. Veress seinen Fall VI. rechnet, in dem das Horn aus lauter Hornmarkzellen bestand.

Entgegen Unna, der die warzige Veränderung der Hornbasis für charakteristisch hält, betont v. Veress, dass sich Hauthörner auch auf früher vollkommen normaler Hautstelle entwickeln können, obwohl Warzen ziemlich häufig als Ausgangpunkt für Cornua dienen. Da das fertige Hauthorn grösstentheils aus hypertrophischem Epithel und fest zusammenhaftenden Hornmassen besteht, so ist nach v. V.'s Meinung zwar die Epithelwucherung eine conditio sine qua non, aber es liegt dabei eine aktive Bindegewebethätigkeit vor, und beide Faktoren müssen im frühesten Anfangstadium gemeinsam wirken. An irgend einem Theile der Haut beginnt über einigen Papillen eine circumscripte Akanthose und Hyperkeratose und gleichzeitig fängt an dieser Stelle das Corium an, zu wuchern und die darüber befindliche Epidermis mehr oder minder über das Niveau der Haut zu erheben, später aber geräth die Rolle des Bindegewebes in den Hintergrund, und das Epithel herrscht über die lokalen Verhältnisse.

Unna dagegen bestreitet, dass bisher ein selbständiges Papillenwachsthum oder eine Papillarsprossung bewiesen sei, wohl aber sei eine Papillarvergrösserung beobachtet, und diese werde bedingt einerseits durch pathologische Einlagerungen, andererseits durch den Druck des wachsenden Epithels, wie ja auch der papilläre Bau der Haut an sich stets ein aktives Wachsen des Epithels voraussetze. Er erklärt unter Zugrundelegung der bisher vorliegenden histologischen Thatsachen und der Ausführungen v. V.'s die Hauthörner als stark verhornende Akanthome mit oder ohne Papillenvergrösserung. Allerdings sei durch v. V. die Mitbetheiligung der Cutis wesentlich besser als bisher für eine Reihe von Hauthörnern gesichert und auch eine sehr frühe Mitbetheiligung der Cutis wahrscheinlich. Brauns (Dessau).

392. **Beitrag zur Angiokeratomfrage (Mibelli);** von Dr. P. Judin. (Dermatol. Ztschr. XV. 1. p. 36. 1908.)

J. konnte im Kiewer Militärhospital einen derartigen Fall untersuchen. Befallen waren die Streckseiten der Basal- und Mittelphalanx des 2. und 3. Fingers an der rechten Hand, die in Folge der schwieligen Verdickung nicht gebeugt werden konnten. Bei der Exstirpation liess sich nach Incision der Haut der ganze Tumor stumpf herausschälen. Wie auch sonst in der Literatur vermerkt, kam ätiologisch eine Erfrierung in Frage. Das mikroskopische Bild bot den üblichen Befund, nur konnte J. nirgends ein Eindringen des cavernösen Blutraumes in die Epithelschicht, auch keine Markräume in dieser feststellen. Tuberkulose als disponirendes Moment, wie vielfach angenommen, kam nicht in Betracht.

Brauns (Dessau).

393. **Ueber Syphilis;** von Dr. Boehme in Leipzig. (Schluss; vgl. Jahrbb. CCXCIX. p. 76.)

II. Immunität und Reinfektion bei Syphilis.

29) *Reinfektion with syphilis;* by Brew. (New York med. Record LXXII. 4. p. 138. 1907.)

30) *Weitere Studien über Immunität bei Syphilis und bei der Vaccination gegen Variola;* von Kraus u. Volk. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 21. 1906.)

31) *Ueber Reinfectio syphilitica:* von Oplatek. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 15. 1907.)

32) *Weitere Beiträge zur ätiologischen Therapie der Syphilis;* von Spitzer. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 38. 1906.)

Kraus und Volk (30) fanden bei ihren Versuchen, dass bei experimenteller Lues die Hautimmunität langsam entsteht, so dass Superinfektionen 5—23 Tage nach der ersten Inoculation noch hafteten, allerdings nur als kleine papelartige Efflorescenzen. Eben solche Haftung zeigte sich bei Neuinficirungen, wenn die erstinficirte Hautstelle 7—14 Tage nach der Impfung excidirt wurde.

Spitzer (32) theilt die weiteren Resultate seiner Injektionen von Sklerosenaufschwemmungen bei Luetikern im primären Stadium mit. Von 20 Kr. blieben 7 während einer Beobachtungsdauer von 24 Monaten frei von allen sekundären Erscheinungen.

Oplatek (31) beobachtete aus der Prager dermatol. Klinik einen Fall von Reinfektion, in dem 7 Jahre nach der ersten typisch verlaufenen Erkrankung eine neue Sklerose und ein papulöses Exanthem auftraten. Auch Brew (29) theilt einen gleichen Fall mit, in dem 20 Jahre nach der ersten Infektion eine Sklerose am Penis auftrat. 2 Jahre nach der zweiten Infektion zeugte der Pat. ein Kind mit hereditär-luetischen Erscheinungen.

III. Prophylaxe, Hygieine, Geschichte und Sterblichkeit der Syphilis.

33) *De la syphilomanie et de la syphilophobie;* par Audry. (Ann. de Dermatol. et de la Syphil. IX. 3. p. 129, 1908.)

Digitized by Google

34) *The prevention of venereal diseases;* by Backer. (New York med. Record LXXII. 1. p. 16. 1907.)

35) *Le pian et la syphilis;* par Beurmann et Gougerot. (Revue de Méd. XXVII. 5. p. 401. 1907.)

36) *Mortalité par syphilis;* par Fernet. (Bull. de l'Acad. de Méd. LVIII. 44. p. 586. 1907.)

37) *Practical venereal prophylaxis;* par Lewis. (New York med. Record LXXII. 15. p. 594. 1907.)

38) *Sind Syphilis und Frambösie verschiedene Krankheiten?* von Noisser. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 6. p. 173. 1908.)

39) *Beiträge zur Legende von der Alterthumssyphilis;* von Notthafft. (Dermatol. Ztschr. XIV. 10. p. 603. 1907.)

40) *Die Syphilis in Central-Amerika;* von Rothschuh. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 4. p. 109. 1908.)

Ueber die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und ihre Verhütung sprechen Backer (34) und Lewis (37). L. fordert in einer Rede vor der medicinischen Gesellschaft in Illinois als Mittel für eine wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor Allem Aufklärung des Publicum über die Gefahren, die schon bei den Kindern durch Erzieher und Hausarzt begonnen werden muss, fernor auch Reformen in den gesetzlichen Bestimmungen über die obscöne Literatur und das Prostituirtenwesen. Zur Durchführung beantragt er die Einsetzung eines ständigen staatlichen Comitees. Auch B. hält vor Allem eine Aufklärung der Patienten durch die behandelnden Aerzte über die Gefahren der venerischen Erkrankungen, besonders über die Folgen des Trippers für die Ehe für dringend nöthig.

Fernet (36) berechnet die Sterblichkeit durch Syphilis auf ca. 2% aller Todesfälle (im Spital) für die erworbene Lues und auf $^1/_{10}$ aller Kinder von 0—10 Jahren für die ererbte Lues.

Netthafft (39) führt, ebense wie in seinem kurz vorher erschienenen Buche: Die Legende von der Alterthumssyphilis, noch weiter den Nachweis, dass sich in der Literatur des Alterthums aus keiner Stelle der Schluss ziehen liesse, die Alten hätten die Syphilis gekannt. In alle als Luesschilderung aufgefassten Stellen sei diese Deutung gewaltsam und mit Unrecht hineingelegt worden. N. citirt selbst eine Anzahl solcher Stellen und erklärt die Entstehung der falschen Deutungen.

Einen interessanten Beitrag zur Frage der Entstehung der Lues giebt die Arbeit von Rothschuh (40), in der er seine Beobachtungen über Luesinfektion und -Verlauf bei den verschiedenen Rassen der mittelamerikanischen Bevölkerung schildert. Während bei den Weissen die Lues den bei uns gewöhnlichen Verlauf nahm, verlief sie stets um so leichter, je stärker die Mischung mit Indianerblut bei einem Individuum war; die Indianer selbst boten so milde Erscheinungsformen der Syphilis dar, dass die bei ihnen beliebten Hausmittel (Rindendekokte) meist eine vollkommene Heilung herbeiführten. Diese hohe Immunität der Indianer spricht ausserordentlich für den amerikanischen Ursprung der Syphilis.

Ihre Beobachtungen über die Beziehungen zwischen Frambösie und Syphilis veröffentlichen Beurmann und Gougeret (35) und Neisser (38). Die beiden ersten Autoren behaupten auf Grund ihrer umfangreichen Studien die Verschiedenheit beider Erkrankungen und geben eingehend die Unterschiede an: Pian (Frambösie, Yaws) kommt *nur* in den Tropen vor, die Uebertragung erfolgt bei Pian sehr leicht und durch — meist aussergeschlechtliche — Ansteckung, bei Syphilis durch Ansteckung *und* Vererbung, die Incubationzeit und das Eintreten der Immunität sind bei Syphilis zeitlich constant, bei Pian unregelmässig und meist viel verzögerter, die Erscheinungen des Pian sind stets von demselben Typus: schmerzlose papillematöse Wucherungen, eine Differenzirung von 3 Perioden, wie bei Lues, fehlt, ebenso fehlen Schleimhaut- und Visceralerscheinungen und Alopecie. Uebertragungen beider Erkrankungen auf dasselbe Individuum sind möglich, ihre Erreger, die Spirochaete pallida und die Spirochaete pertenuis (Castellani) sind morphologisch nicht zu unterscheiden.

Neisser ist auf Grund eigener Erfahrung auch der Ueberzeugung, dass beide Krankheiten ätiologisch vollkommen verschieden sind und dass sie auf demselben Individuum nebeneinander vorkommen können. Er weist aber darauf hin, dass die klinischen Erscheinungen mitunter so ähnlich sind, dass sie nicht unterschieden werden können.

Audry (33) theilt die Formen der Syphilisfurcht ein in Syphilemanie, d. i. der Gedanke, syphilitisch zu sein bei einem Nichtsyphilitiker, und die Syphilophobie, die sich findet bei wirklich Syphilitischen oder bei Leuten, die fälschlich, aber von autoritativer Seite für luetisch erklärt wurden.

IV. Pathologie der Syphilis.

a) Primäre Lues.

41) *On extragenital syphilitic infection;* by Bayon. (Brit. med. Journ. March 21. 1908.)

42) *Chancre syphilitique de la gencive;* par Gaucher, Camus, Druelle. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XVIII. 8. p. 316. 1907.)

43) *Chancre syphilitique de la fosse naviculaire de l'urèthre;* par Gaucher et Camus. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XVIII. 8. p. 317. 1907.)

44) *Chancre de l'amygdale;* par Gaucher et Nathan. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 1. p. 29. 1908.)

45) *Chancre de la cloison yauche. Plaque muqueuse fissurique de la narine droite;* par Gaucher et Nathan. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 1. p. 29. 1908.)

46) *Chancre syphilitique de la voûte palatine;* par Renault. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XVIII. 8. p. 300. 1907.)

47) *Syphilis and massage;* by Taylor. (New York med. Record LXXII. 15. p. 601. 1907.)

48) *Ueber extragenitale Syphilisinfektion;* von Zarubin. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. 1907. Festschr. f. Neisser. II. p. 293.)

Eine interessante Statistik über *extragenitale Syphilisübertragung* hat Zarubin (48) zusammengestellt. Er berichtet über 47 Fälle, die 0.88% seiner gesammten Luesfälle ausmachen. Die Skle-

rosen sassen 1mal am behaarten Kopfe, 11mal an den Mundlippen, 3mal an den Brustwarzen bei Frauen, 17mal an den Tonsillen, 1mal am Nasenflügel, 8mal an den Fingern, 5mal an der Haut des Abdomens und 1mal am Penis eines neugeborenen Knaben. Z. konnte sich bei der Beobachtung seiner Patienten nicht von dem früher angenommenen schwereren Verlauf der extragenital erworbenen Lues überzeugen.

Gaucher u. A. (42) beobachteten einen Primäraffekt am oberen Zahnfleischrande mit auffallend mächtiger Lymphdrüsenschwellung, Gaucher und Nathan (44. 45) sahen je einen Fall von Tonsillarschanker und Schanker an der Nasenscheidewand links mit fissurirten Papeln am Nasenloche, Bayon (41) sah ebenfalls einen Tonsillar- und einen Oberlippenschanker und eine Infektion durch Biss in den Finger, Renault einen Schanker am Gaumen. Eine besonders seltene Uebertragung, bei der Massage durch einen lueskranken Masseur, theilt Taylor (47) mit; die Primäraffekte sassen an der rechten Wade und waren 27 Tage später gefolgt von weiteren Primäraffekten auf der linken Schulter. Die sekundären Erscheinungen traten 11 Tage nach diesen auf. Endlich berichten noch Gaucher und Camus (43) über eine Sklerose der Fossa navicularis urethrae, die bei äusserlich normalem Penis nur durch die charakteristische Härte und die allerdings bedeutende Inguinaldrüsenschwellung auffiel.

b) Sekundäre Lues.

49) *Ikterus im Frühstadium der Lues;* von A. Buraczynsky. (Wien. klin. Rundschau XXI. 41. 44. 1907.)

50) *Luetische Erkrankung der Parotis;* von Claus. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 31. 1907.)

51) *De la néphrite syphilitique secondaire aiguë et de son traitement par le mercure;* par Ferrand. (Gaz. des Hôp. LXXX. 125. p. 1491. 1907.)

52) *Plaques muqueuses végétantes de l'aiselle;* par Gaucher et Bory. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 2. p. 51. 1908.)

53) *Artérite syphilitique et gangrène du pied gauche;* par Gaucher et Bory. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 2. p. 58. 1908.)

54) *Syphilidologische Beiträge;* von Jadassohn. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. LXXXVI. 1 u. 2. p. 44. 1907.)

55) *Wirklicher und vermeintlicher Haarverlust bei Syphilis;* von Klotz. (New Yorker med. Mon.-Schr. XIX. 9. p. 257. 1907.)

56) *Einige seltene Fälle und Formen der Lues;* von Kreibich. (Med. Klinik III. 52. p. 1577. 1907.)

57) *Klinisches und Casuistisches von den syphilitischen Erscheinungen an den Schlagadern der Extremitäten;* von Merk. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXIV. 1 u. 2. p. 435. 1907.)

58) *Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der postsyphilitischen Dauermerkmale;* von Nobl. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 39. 1907.)

59) *Syphilide pigmentaire du cou étendue à toute la partie antérieure de la poitrine. Vitiligo concomitant;* par Renault. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XVIII. 8. p. 301. 1907.)

60) *Ueber ungewöhnliche und diagnostisch schwierige Erkrankungen der Mundschleimhaut bei Syphilis und Hautkrankheiten;* von Schäffer. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. 1907. Festschr. f. Neisser. II. p. 371.)

Die sekundäre Lues bietet eine grosse Anzahl mehr oder weniger bekannter und häufiger Erscheinungen an den verschiedensten Organen dar, deren richtige Deutung oft erhebliche diagnostische Schwierigkeiten verursacht. Die aufgeführten Arbeiten enthalten grösstentheils casuistische Mittheilungen hierzu.

Buraczynski (49) beobachtete 4 Fälle von luetischem Ikterus, 2 gutartige, in denen er vor Allem das Fehlen von Störungen des Magen-Darmkanals, des Allgemeinbefindens und der Lebervergrösserung, sowie die normale Färbung des Stuhles hervorhebt, ferner 2 unter sehr schweren Allgemeinstörungen tödtlich verlaufende, in denen die Sektion akute gelbe Leberatrophie, Milztumor und das eine Mal fettige, das andere Mal parenchymatöse Degeneration des Herzmuskels und der Nieren ergab. Ferrand (51) theilt 3 Fälle von akuter Nephritis mit, die stets auf die Anwendung des Quecksilbers mit einer Steigerung des Albumen und der Oedeme reagirten, deren luetische Aetiologie aber trotzdem als sicher angenommen werden musste. Die Patienten von Gaucher und Bory (52. 53) boten der eine enorme hypertrophische breite Condylome der Achselhöhle, der andere 1 Jahr nach der Infektion eine Gangrän des rechten Fusses in Folge von specifischer Endarteriitis und Phlebitis dar. Auch Merk (57) sah einen Fall von Endarteriitis obliterans syphilitica am linken Unterarme. Die ersten Erscheinungen ähnelten sehr einer Phlegmone: entzündliche Röthung und Schwellung der Hand und des Unterarmes, lymphangoitische Streifen am Oberarme und Fieber, nur waren die Finger kühl, anästhetisch und an den Spitzen etwas livide. Nirgends am ganzen Arme war Arterienpulsation zu tasten. Ueberreste überstandener Lues waren nicht vorhanden, doch war der Pat. 8 Jahre früher in derselben Klinik wegen Lues circa 1 Jahr lang verschiedentlich behandelt worden. Unter Jod-, interner und intramuskulärer Hg-Darreichung heilte der Process schliesslich unter Demarkation und Ablösung der Finger in den Metacarpophalangealgelenken ab. Für die Diagnose müssen beim Fehlen von Syphilismerkmalen anderweitige Gangränformen ausgeschlossen werden können (traumatische, diabetische, senile, septische oder Gangrän nach Typhus und Malaria, ferner Raynaud's symmetrische Gangrän).

Klotz (55) giebt seine durch eigene Erfahrungen gewonnenen Anschauungen über die specifische Alopecie wieder. Er warnt davor, noch in physiologischen Grenzen sich bewegende oder durch Seborrhöe zu erklärende Haarverluste bei Luetikern stets auf Rechnung der Allgemeinerkrankung zu setzen. Erst ausgebreitetere Haarverluste sind, analog denen bei anderen Infektionkrankheiten, als Theilerscheinung einer allgemeinen Umstimmung des ganzen Körpers in Folge der Lues-infektion aufzufassen. Häufiger und sehr charakteristisch sind die meist im 2. Jahre auftretenden Formen, bei denen der Kopf ein räudiges (mottenfrassähnliches) Aussehen zeigt.

Ein Beweis dafür, dass zwischen Vitiligo und Lues keine Beziehungen bestehen, ist Renault's Fall (59), da hier die Lues 2 Jahre alt war, die Vitiligoflecke aber seit frühester Jugend bestanden.

Aus der Arbeit von Schäffer (60) sind nur die mit Lues in Zusammenhang stehenden Affektionen der Mundschleimhaut zu erwähnen. Bei der Häufigkeit der Primäraffekte, vor Allem auf den Tonsillen und der Unterlippe, hebt er deren oft bemerkenswerth geringfügige Veränderungen hervor und beschreibt einen Kranken, bei dem die Sklerose an der Hinterseite der Gingiva der oberen Schneidezähne sass und der allerdings unter sehr schweren Folgeerscheinungen litt. Von den Schleimhauteruptionen der Sekundärperiode sind besonders interessant und selten vorkommend specifische erythematöse Efflorescenzen am Gaumen, ferner

Digitized by Google

das mikropapulöse Syphilid, dann quadratisch gefelderte Streifen und Knoten, ähnlich dem Lichen planus, und circinäre, den in dieser Krankheitperiode auftretenden squamösen und crustösen Hautsyphiliden entsprechende Herde. Bei besonders schwer therapeutisch zu beeinflussenden Eruptionen sah Sch. manchmal nach Wechsel der Methode rasch günstigen Erfelg. Die Schleimhauteruptionen bei Lues maligna sind von äusserst charakteristischem Aussehen: ein fest haftender, gelblich-weisser membranartiger Belag ohne tiefergehende Ulcerationen. Von den mannigfachen tertiär-luetischen Affektionen des Mundes erwähnt Sch. besonders leukoplakieähnliche Veränderungen an einzelnen scharfumschriebenen Stellen bei sonst intakter Schleimhaut, die stets sehr verdächtig auf specifische Processe sind, und Efflorescenzen, die den Plaques muqueuses sehr ähnlich sind.

Jadassohn (54) spricht in seinen syphilidologischen Beiträgen über die Ausbreitung der Spirochaeten von der Inoculationsstelle aus und über die Wirksamkeit der Excision des Primäraffektes, die er für nicht so ganz aussichtlos hält, da das Eindringen der Spirochaeten in Blut- und Lymphbahnen wohl schon erfolgt sein *könne*, aber nicht *müsse*. Ferner erörtert er die Ursachen des mehr oder weniger reichlichen Spirochaetengehaltes der späteren Luesmanifestationen, dann die Frage der Re- und Superinfektion, deren Vorkommen zugegeben werden muss, dann weist er noch auf augenfällige Analogien der Lues mit Tuberkulose, Lepra, Rotz, Favus, Pityriasis versicolor hin.

Nobl (58) macht auf ein für die Diagnose der Syphilis in ihren Latenzstadien verwerthbares Phänomen aufmerksam, das er bei etwa 10% seiner *männlichen* Luetiker, und zwar 2—18 Jahre nach der Infektion fand. Es handelte sich um wulstige oder höckerige, mattweisse bis bläuliche, gefelderte, radiäre oder weiter ausgreifende Wucherungen der Perianalfalten, die wohl meist auf Grund früherer specifischer Veränderungen an dieser Stelle entstanden waren und sich histologisch übereinstimmend als mehr oder weniger vorgeschrittene chronische Hyperplasie aller Cutisschichten erwiesen. Ihre diagnostische Bedeutung wird erhöht durch den langen Bestand der Erscheinungen bei sonstigem Fehlen specifischer Symptome.

Kreibich (56) und Claus (50) theilen einige seltene Formen der Lues mit, nämlich eine Lues cerebri 4½ Monate nach der Infektion, einen Fall mit pseudoleukämischen, aber durch die Lues bedingten Erscheinungen nebst specifischen schweren Augenaffektionen, dann tertiär luetische Halsdrüsen- und Parotiserkrankungen.

c) Tertiäre Lues.

61) *Syphilitic tumors of the breast;* by Bissell. (New York med. Record LXXII. 1. p. 14. 1907.)

62) *Cas de paralysie générale ayant débuté 3 ans après l'infection syphilitique;* par Ehlers. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 1. p. 24. 1908.)

63) *Paralysie générale débutant à la troisième année d'une syphilis;* par Fournier. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 2. p. 48. 1908.)

64) *Gomme suppurée du bord palpébral inférieur gauche six mois après le chancre;* par Gaucher et Bory. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 2. p. 56. 1908.)

65) *Observation d'un nouveau cas d'ostéite syphilitique tertiaire suppurée du tiers inférieur du fémur, avec arthropathie, simulant une lésion tuberculeuse;* par Gaucher, Fouquet et Gréhant. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XVIII. 8. p. 315. 1907.)

66) *Note sur un cas d'aortite syphilitique;* par Gaucher et Nathan. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 2. p. 57. 1908.)

67) *Die Syphilis des Herzens und ihre Frühdiagnose;* von Herzog. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 31. 1907.)

68) *Syphilis gommeuse du cœur;* par Huchard et Fiessinger. (Revue de Méd. XVII. 10. p. 948. 1907.)

69) *Beitrag zu den tertiären Erscheinungen der Syphilis am Gaumen;* von Ruprecht. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLI. 11. p. 635. 1907.)

70) *A case of syphilis, phthisis and locomotor ataxia;* by Sutherland. (Brit. med. Journ. Nr. 2464. p. 680. 1908.)

71) *Ein Beitrag zur Pathologie der Syphilis;* von Tomaszewsky. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. 1907. Festschr. f. Neisser. II. p. 177.)

72) *Zur Infektiosität des Gumma;* von Veiel. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. 1907. Festschr. f. Neisser. II. p. 225.)

73) *Ueber einige seltene Syphilisfälle;* von Watraszewsky. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 4. p. 11. 1908.)

Fälle von aussergewöhnlich frühzeitigem Auftreten tertiärer Erscheinungen werden mitgetheilt von Ehlers (62) und Fournier (63), nämlich von paralytischen Symptomen bereits 3 Jahre nach der Infektion, ferner von Gaucher und Bory (64), deren Pat. 6 Monate nach der Infektion und nachdem ein sehr schweres rupiöses Syphilid vorangegangen war, ein Gummi am Augenlid bekam. Gaucher u. A. (65, 66) beschreiben Fälle von Knochengummi am Unterschenkel und luetischer Erkrankung der Aortenklappen, die unter Symptomen einer Stenose auftraten.

Herzog (67) betont die Nothwendigkeit, bei Herzerkrankungen ausser den üblichen ätiologischen Momenten auch die Lues zu berücksichtigen. Dass bei der Wirksamkeit der specifischen Therapie eine Frühdiagnose von grösster Bedeutung sein kann, beweist er durch Anführung von 5 Fällen. Zum Mindesten muss bei nicht anders zu klärender Aorteninsufficienz im mittleren Alter der Gedanke an luetischen Ursprung stets nahe liegen.

Huchard und Fiessinger (68) besprechen ausführlich die pathologische Anatomie und Klinik der gummösen Herzerkrankungen und bringen statistisches Material über ihre Häufigkeit, Zeit des Auftretens und Geschlecht der Kranken. Bei der Schwierigkeit der Diagnose ist unter Umständen eine antiluetische Kur zu versuchen, besonders da auch nicht luetische Herzfehler dadurch günstig beeinflusst werden können (Curschmann).

Bissell (61) erörtert die Differenzialdiagnose der Tumoren der Brust: Cysten, Tuberkulose, Carcinom und Gummen. Letztere sind nicht selten und können bei sorgfältiger Diagnose leicht erkannt werden, in zweifelhaften Fällen ist es jedenfalls besser, vor der Operation eine antiluetische Therapie zu versuchen. Dass mitunter aber doch luetische Veränderungen so sehr das Bild einer anderen

Erkrankung vortäuschen können, beweisen die von Watraszewsky (73) beschriebenen Fälle, in denen ein Prostatagummi, ferner einmal ein Gummi und einmal eine stark ulcerirte Sklerose der Partio vaginalis uteri für Carcinome, dann ein ulceröses Syphilid der Vulva mit einer von W. für luetisch erkannten Infiltration der rechten Lunge für tuberkulös gehalten wurden, wobei W. selbst sagt, dass die Symptome so sehr für die zuerst diagnosticirten Affektionen sprachen, dass nur besondere Umstände auf den richtigen Weg leiteten.

Rnprecht (69) giebt ausführlich die Krankengeschichte eines von ihm Jahre lang beobachteten Pat. wieder, der ein perforatives Gummengummi bekam, dessen Verlauf gerade den von Semon aufgestellten Kennzeichen für *nicht* luetische Processe: stetig wechselnder Lokalbefund, Zeit bis zum Eintritte der Perforation und deren ungewöhnlicher Sitz, entsprachen, das aber unzweifelhaft als luetisch bezeichnet werden musste.

Sutherland's (70) Fall demonstrirt die ungünstigen Folgen des Zusammenwirkens von Syphilis und Phthisis.

Die Frage der Infektiosität der tertiären Lues ist nach Entdeckung der Spirochaete von Neuem eingehenden Untersuchungen unterzogen worden. Ihr Vorhandensein ist, wie Veicl (72) ausführt, durch die Resultate der Affenimpfungen von Finger-Landsteiner und Neisser bewiesen. V. theilt einen Fall mit, in dem sich bei einem Manno 7 Jahre nach der Infektion, kurz nach der Verheirathung, an der Stelle der ursprünglichen Sklerose ein Gummi bildete und von diesem aus sofort eine Infektion der bis dahin völlig gesunden Frau erfolgte. Auch Tomaszewsky (71) beschäftigt sich mit dieser Frage. Da sämmtliche Erscheinungsformen dor Lues, sowohl die entzündlich-irritativen der Sekundärperiode, als auch die gummösen als örtliche Ansiedelungen des Luesvirus, also der Spirochaeten, aufzufassen sind, so ist, ebenso wie es für die ersten schon längst bekannt ist, auch für die letzten die Infektiosität als sicher vorhanden zu betrachten. Allerdings ist es hierbei nothwendig, noch eine veränderte Reaktion des gesammten Körpers anzunehmen.

d) Hereditäre Lues.

74) ***The deep intraocular lesions of infantile inherited syphilis and tardy inherited syphilis, from the standpoint of general pathology, prognosis and treatment;*** by Bull. (New York med. Record LXXIII. 14. p. 549. 1908.)

75) ***Dystrophies du système reineux dans l'hérédosyphilis;*** par Fournier. (Bull. du l'Acad. de Méd. LXXI. 40. p. 386. 1907.)

76) ***Ueber einen Fall von angeborener Dünndarmsyphilis, nebst Bemerkungen über die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida;*** von Fränkel. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 32. 1907.)

77) ***Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis bei Lues hereditaria tarda;*** von Kretschmer. (Deutsche med. Wchnschr. XXX. 46. 1907.)

78) ***Affections vasculaires congénitales d'hérédosyphilitiques;*** par Landonzy et Troisier. (Bull. de l'Acad. de Méd. LXXI. 39. p. 370. 1907.)

79) ***An adress on inherited syphilis;*** by Lucas. (Brit. med. Journ. Nr. 2457. p. 250. 1908.)

80) ***Rachitisme et syphilis;*** par Marfan. (Semaine méd. XXVII. 40. p. 469. 1907.)

Bull (74) schildert die intraocularen Erkrankungen, Retinitis und Neuritis optici, bei infantiler und später hereditärer Lues nach ihrem ophthalmoskopischen und klinischen Aussehen, das durch näher beschriebene „Stigmata" charakterisirt wird.

Landonzy und Troisier (78) demonstrirten eingehend in der Académie de Médecine ihren Befund bei der Sektion eines luetischen Foetus, wobei hervorzuheben sind: das Persistiren des Ductus arteriosus und entzündliche Schwellungen der inneren Organe. Fournier (75) zeigte im Anschlusse hieran Photographien, die Venenektasien bei luetischen Neugeborenen, besonders im Temporalisgebiete, darstellten. Die Arbeit von Lucas (79) über ererbte Syphilis behandelt kurz die Uebertragungsfragen, die Kennzeichen und die Erscheinungsformen dieser Erkrankung.

Bezüglich der Beziehungen zwischen hereditärer Lues und Rhachitis theilt Marfan (80) nicht die Ansicht Parrot's (La syph. héréd. et le rach., Paris 1886), dass diese Erkrankungen in ursächlichem Zusammenhange stehen, wohl aber stellt er 2 Formen der Rhachitis auf, deren eine als die Folge angeborener Lues anzusehen ist und sich von der Rhachitis anderer Aetiologie durch ihr frühzeitiges (im 3. oder 4. Lebensmonate) Auftreten, ihren häufigen Sitz an den Kopfknochen und die dabei verhandene ausgesprocheno Anämie und chronische Milzhypertrophie unterscheidet. Die hereditäre Lues kann sich also durch specifische Osteochondritis sowohl, als nicht specifische (rhachitische) Knochenerkrankungen äussern.

Fränkel (76) beschreibt seine Befunde bei einem 5 Tage nach der Geburt gestorbenen luetischen Kinde, das eine schon ältere chronische adhäsive Peritonitis und über einen Theil des Jejunum ausgebreitete tiefgreifende Geschwüre aufwies, von denen aus dann intra vitam eine frische eiterige Bauchfellentzündnng entstanden war. Die Darmulcerationen enthielten reichliche Spirochaeten, und zwar besonders in ihren Randpartien, die übrige Darmwand war frei von ihnen.

Kretschmer (77) prüfte, analog den Feststellungen der Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit hereditär-luetischer Kinder, 4 Fälle von älterer (10—19 Jahre) Lues hereditaria tarda auf das Vorhandensein von Lymphocyten und Eiweiss im Liqnor cerebrospinalis und fand diese bei zwei seiner Pat. (15 und 16 Jahre alt), wobei zu gleicher Zeit auch sichere Merkmale der ererbten Lues bestanden.

V. Therapie.

a) Allgemeines. Präventivbehandlung.

81) ***Ueber die Schicksale des intramuskulär injicirten Hydrargyrum salicylicum;*** von Freund. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 2. 1907.)

82) ***Retard de sept mois de la roséole chez un malade traité au début par l'atoxyl et les frictions mercurielles;*** par Hallopeau. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 3. p. 90. 1908.)

83) ***Sur deux cas de syphilis retardés dans leur évolution par des injections localisées d'atoxyl entre le chancre et son ganglion satellite;*** par Hallopeau et Railliet. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 2. p. 52. 1908.)

84) ***Zur Wirkung des Quecksilbers;*** von Kreibich. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. LXXXVI. 1 u. 2. p. 265. 1907.)

85) ***Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie;*** von Oppenheim. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 35. 1906.)

86) *Sur les lésions histologiques consécutives à des applications d'onguent gris;* par Pellier. (Ann. de Dermatol. et de Syphil. IX. 3. p. 141. 1908.)

87) *Die Behandlung der Syphilis im Frühstadium;* von Spiegler. (Wien. klin. Rundschau XXII. 4. 5. 1908.)

88) *Wirksamkeit der Excision syphilitischer Primäraffekte;* von Witte. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. 1907. Festschr. f. Neisser. p. 271.)

89) *Die Behandlung der Syphilis;* von Zeissl. (Med. Klinik IV. 15. p. 532. 1908.)

Ueber die allgemeinen Grundsätze der Luesbehandlung weichen die Ansichten der einzelnen Schulen immer noch erheblich voneinander ab. Zeissl (89) ist der Vertreter der symptomatischen Behandlung und Gegner der Frühbehandlung, d. h. vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen. Er lässt das Atoxyl nicht als Antisyphiliticum, wohl aber als werthvolles Roborans, vor Allem während der 2. Incubationperiode, gelten. Sonst legt er die grösste Sorgfalt auf Hautpflege durch Bäder (Schwefel) und Packungen. Die Excision des günstig gelegenen Primäraffektes übt er wohl aus, ohne dass er jedoch damit die Syphilis zu coupiren glaubt. Von den Injektionmitteln bevorzugt er die lösliohen.

Ganz ähnliche Anschauungen über die Syphilisbehandlung vertritt Spiegler (87). Auch ihm erscheint die Excision des Primäraffoktes in praxi nutzlos. Die Frühbehandlung kann nur in lokaler Behandlung der Sklerose bestehen, die Allgemeinbehandlung darf erst nach Auftreten der sokundären Erscheinungen begonnen werden.

Im Gegensatze hierzu glaubt Witte (88) bei 3 Patienten durch Excision der Sklerosen am 3., 14. und 15. Tage nach der Infektion die Erkrankung vollkommen beseitigt zu haben. Er betrachtete in allen 3 Fällen auf Grund des histologischen Befundes die Diagnose als sicher und konnte bei genauester Beobachtung bei keinem Patienten Folgeerscheinungen auftreten sehen.

Hallopeau und Railliet (83. 82) beobachteten nach Behandlung im Primärstadium verspätetes Auftreten der Sekundärerscheinungen. Bei 2 Patienten (83), bei denen Atoxylinjektionen unter die Sklerosen und die Inguinaldrüsen gemacht worden waren, traten Roseolen nach 3 Monaten, bei einem anderen Kranken (82), der sogleich nach Erscheinen des Primäraffektes 3 Atoxylinjektionen bekommen und dann eine Einreibungskur durchgemacht hatte, sogar erst nach 7 Monaten auf.

Die Arbeit Oppenheim's (85) enthält eine Zusammenstellung der neueren Literatur über die Syphilistherapie.

Kreibich (84) prüfte die Wirkung des Quecksilbers, indem er Blutserum seiner Patienten mit Cholerabouilloncultureu zusammenbrachte. Regelmässig fand sich nach der Hg-Aufnahme (durch Injektion oder Inunction), manchmal, nachdem eine kurzdauernde Erhöhung der Bakteriolyse vorausgegangen war, ein Herabgehen der baktericiden Kraft des Serum (negativo Phase), der nach verschieden langer Zeit eine positive Phase mit gesteigerter Bakteriocidie folgte. Ob daraus für die Therapie der Schluss zu ziehen ist, die folgenden Injektionen immer erst nach Eintritt der positiven Phase vorzunehmen, will Kr. durch weitere Versuche feststellen.

Pellier (86) hat die histologischen Veränderungen der Haut bei Erythemen, die nach Hg-Gebrauch durch Reibung, Resorption und Intoxikation entstehen, untersucht und beschreibt ausführlich die mikroskopischen Befunde.

Freund (81) suchte die Schicksale des injicirten Hydrargyrum salicylicum durch Röntgen-Aufnahmen der Depots, und zwar am Oberschenkel, zu ergründen. Er sah zuerst einen spindelförmigen Schatten, von dem nach und nach Theile verschwanden, bis am 10. Tage alles resorbirt erschien.

b) Behandlung mit Mergal.

90) *Die Behandlung der Syphilis mit Mergal;* von Ehrmann. (Dermatol. Centr.-Bl. XI. 1. 1908.)

91) *Ein Beitrag zur Kenntniss der Resorption der Quecksilbersalze, mit besonderer Berücksichtigung des Mergals;* von Fürth. (Oesterr. Aerzte-Ztg. V. 1. 1908.)

92) *Erfahrungen über das neue Antilueticum Mergal;* von Hogge. (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 56. 1907.)

93) *Zur Behandlung der Syphilis mit Mergal, nebst quantitativen Untersuchungen über die dabei eintretende Hg-Ausscheidung durch die Nieren;* von Höhne. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. LXXXVII. 2 u. 3. 1907.)

94) *Ueber die interne Behandlung der Syphilis mit Mergal;* von Kanitz. (Dermatol. Ztschr. XIV. 7. 1907.)

95) *Ueber Quecksilberbehandlung bei Syphilis;* von Nagelschmidt. (Dermatol. Ztschr. XV. 3. 1908.)

Es ist nicht zu verwundern, dass die Hoffnung, in dem Mergal, über dessen Zusammonsetzung und Wirkungsweise schon berichtet wurde (vgl. Jahrbb. CCXCVII. p. 190), ein bequemes, dabei durchaus reizloses und vollwerthiges Heilmittel der Syphilis gefunden zu haben, in kurzer Zeit zahlreiche Nachprüfungen des Präparates zur Folge hatte. Die Resultate von Hogge (92), Kanitz (94) und Ehrmann (90), der vor Allem die rasche und gleichmässige Resorption des Mittels hervorhobt, stimmen in der Hauptsache mit denen der früher erwähnteu Autoren überein. Von grösster Wichtigkeit für die praktische Anwendung des Mergals ist es aber, seine therapeutisch wirksame Kraft im Vergleiche mit den bisher bekannten Mitteln zu kennen, also gewissermaassen seine Stellung im Systeme der Antiluetica zu präcisiren. Fürth (91) und Höhne (93) haben deshalb ausser der klinischen Prüfung auch die Resorption- und Ausscheidungsverhältnisse des Präparates studirt und jedenfalls eine nicht sehr lange (ca. 8 Tage) Remanenz des Hg im Körper gefunden, so dass auch sie die Wirkung als eine milde, für energische, vor Allem für erste Kuren nicht geeignete bezeichnen. Etwas anders lautet das Urtheil Nagelschmidt's (95), der die Hg-Ausscheidung bei Mergalgebrauch sehr eingehend am Urin, Koth, Schweiss, Speichel und Athmungsluft prüfte und der bei schneller und kräftiger Resorption eine ausserordentlich lange

Remanenz im Körper fand, nämlich bis zu 4 Monaten. Er stellt das Mittel in seiner Wirksamkeit den unlöslichen Hg-Präparaten an die Seite, ja er hält es sogar für möglich, dass bei höheren Tagesdosen das Mergal dem Calomel an Intensität der Wirkung gleichkäme.

c) Behandlung mit Atoxyl.

96) *Traitement arsénical de la syphilis;* par Bardet. (Bull. gén. de Thér. CLV. 6. p. 218. 1908.)

97) *Zur Arsenikbehandlung der Syphilis;* von Bettmann. (Munchn. med. Wchnschr. LIV. 39. 1907.)

98) *Sul valore dell'atoxyl nella cura della sifilide;* pel Chirivinn. (Rif. med. XXIII. 49. p. 1343. 1907.)

99) *Ueber das Versagen der Atoxyltherapie bei sekundärer Lues;* von Curschmann. (Therap. Monatsh. XXI. 12. p. 627. 1907.)

100) *Présentation de quelques malades syphilitiques en traitement par l'atoxyl;* par Duhot. (Presse méd. LIX. 33. p. 773. 1907.)

101) *Nouvelle note sur l'emploi de l'atoxyl dans la syphilis, la tuberculose et la lèpre;* par Hallopeau. (Bull. gén. de Thér. CLIV. 17. p. 641. 1907.)

102) *Sur une amélioration d'un cas de tabes sous l'influence d'un traitement mixte par les frictions mercurielles et l'atoxyl;* par Hallopeau. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syphil. XIX. 1. p. 27. 1908.)

103) *Atoxylbehandlung bei hereditärer Lues;* von Lehndorf. (Wien. med. Wchnschr. LVIII. 11. 1908.)

104) *Die Behandlung der Syphilis mit Arsenik;* von Rosenthal. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 3. 1908.)

105) *Die Atoxylbehandlung der Syphilis;* von Scherber. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 39. 1907.)

106) *Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf die Syphilis;* von Uhlenhuth, Hoffmann u. Roscher. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 22. 1907.)

107) *Zur Behandlung centraler Augennervenleiden luetischen Ursprungs;* von Watermann. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 35. 1907.)

108) *Zwei Fälle sogenannter maligner Syphilis;* von Zinler. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVI. 31. p. 467. 1907.)

Das Atoxyl wurde zuerst von Uhlenhuth, nachdem er sich von seiner günstigen Wirkung auf die Hühnerspirillose überzeugt hatte, auch für die Behandlung der Syphilis herangezogen. Uhlenhuth u. A. (106) stellten durch Versuche an syphilitischen Affen und Kaninchen die deutliche Wirksamkeit kleinerer Atoxyldosen, d. h. 0.05 bis 0.1 = $^1/_4$—$^1/_2$ ccm³ einer 20proc. Lösung, fest, konnten aber bei der Uebertragung ihrer Versuche auf Menschen mit denselben Dosen kein positives Resultat erzielen. Erst als sie nach Salmon's Empfehlung grössere Einzelgaben, d. h. 0.5—0.6 Atoxyl anwandten, zeigte sich ein deutlicher Einfluss des Mittels auf die bestehenden Krankheitserscheinungen, der vor Allem bei maligner Lues auffallend war. Ebenso wurden Erkrankungsformen, die bisher der Hg- und Jodbehandlung widerstanden hatten, durch das Atoxyl rasch beseitigt. Wenn somit auch der Werth des Mittels in derartigen Fällen und seine Wirksamkeit bei der Syphilis überhaupt zugegeben werden muss, so betonen die Vff. zugleich doch, dass bei diesen Dosen unangenehme Nebenwirkungen ziemlich häufig eintraten, denn von den 11 angeführten Fällen blieben Nebenwirkungen nur in 5 ganz aus, in den übrigen kamen Koliken, Durchfälle, Appetit- und Schlaflosigkeit und Nierenreizungen vor. Sehstörungen dagegen beobachteten die Vff. nicht.

Zieler (108) führt einen Fall an, in dem die Atoxylbehandlung trotz grosser Dosen und obwohl der Fall an sich für diese Behandlung geeignet erschien, ohne Erfolg blieb. Er weist auf die gefährliche Giftwirkung des Mittels hin, die es zur Zeit nicht als ein Ersatz des Hg erscheinen lasse.

Auch Watermann (107) hatte in 10 Fällen von cerebraler Lues und tabischer Opticusatrophie nur Misserfolge mit Atoxyl; er warnt vor seiner Anwendung in derartigen Fällen wegen der schnellen und intensiven Verminderung der Sehschärfe und der im Verlaufe der Kur auftretenden Beschwerden (neuralgische Schmerzen, Ikterus, nervöse Störungen, Schwäche, Appetitmangel).

Duhot (100) fasst seine mit Atoxyl gemachten Erfahrungen dahin zusammen, dass er es wohl als ein auf die Syphilis specifisch wirkendes Mittel bezeichnet, jedoch in geringerem Grade als das Hg, dass es aber nicht dessen präventive Eigenschaften besitze, sondern in seiner Wirkung mehr dem Jod ähnele, und dass es wegen der, allerdings meist geringen und vorübergehenden, Nebenwirkungen nicht ungefährlich sei.

Scherber (105) behandelte 62 Luetiker mit Atoxilinjektionen (1—3 ccm³ einer 10proc. Lösung, jeden 2. Tag, bis 30 Injektionen). Nebenerscheinungen fehlten gänzlich. Die Heilung der Krankheitserscheinungen trat stets, aber langsam ein, bei Gummen war die Einwirkung deutlicher. Da die Giftigkeit des Mittels grössere Gaben gefährlich macht, stellt die lange Dauer der Kur einen Nachtheil gegenüber der Hg-Therapie dar.

Nach Hallopeau's (101) Ansicht ist die specifische Wirkung des Atoxyls zweifellos, die bei seiner Anwendung beobachteten Nebenerscheinungen hafteten nur dem in Deutschland erzeugten Präparate an, das französische sei bei richtiger Sterilisation frei davon. Die Kur muss lange fortgesetzt werden, aber auch sonst kann das Atoxyl als ein nützliches Adjuvans der Syphilisbehandlung betrachtet werden. H. glaubt, annehmen zu können, dass das Atoxyl in die Umgebung des Schankers und der Drüsen injicirt, eine präventive Wirkung ausübe, ferner hält er es zur Behandlung von Tuberkulose (der Nieren!) und der Lepra für geeignet. Ausserdem theilt Hallopeau (102) noch einen Tabes-Fall mit, in dem Atoxylinjektionen in Verbindung mit einer Einreibungskur die bestehenden Symptome besserten.

Auch Chirivino (98) gebrauchte das Atoxyl bei 5 Patienten mit frischer und gummöser Lues mit Erfolg, so dass er das Mittel dem Hg und Jod gleichstellt, ja sogar dann als überlegen bezeichnet, wenn es sich um Erkrankungen handelt, die diesen Mitteln gegenüber sich als refraktär erwiesen haben.

Digitized by Google

Dagegen hat Curschmann (99) in 7 Fällen von sekundärer Lues mit jeden 2. Tag gemachten Atoxyleinspritzungen je 0.1, auch bei langer Behandlungsdauer durchweg ungenügende Resultate erzielt, so dass er vor weiterem Experimentiren warnt.

Bettmann (97) verwandte in 8 Fällen grosse Dosen von Atoxyl zur Präventivbehandlung, sobald der Schanker festgestellt war, ohne jedoch damit ein Ausbleiben oder auch nur Hinausschieben der Sekundärsymptome erreichen zu können. Allerdings schien die Abheilung des Primäraffektes manchmal beschleunigt zu werden. Auch bei sekundärer Lues sah er keinen Erfolg des Arsenikgebrauches (in Form der Sol. Fowleri), im Gegentheile traten dabei häufig neue Lueserscheinungen hinzu. Nur bei Lues maligna fand er die Wirkung des Atoxyl überraschend schnell und gründlich.

Auch Lehndorff (103) konnte bei der Anwendung von Atoxyleinspritzungen in Einzeldosen von 0.02—0.15 Atoxyl bei hereditär-syphilitischen Säuglingen nicht ein einziges Mal eine Einwirkung auf die luetischen Erscheinungen feststellen und sieht daher keinen Grund, die bisher geübte Hg-Behandlung zu verlassen.

Im Anschlusse hieran sei noch die Arbeit von Rosenthal (104) erwähnt. Dieser benutzte nämlich zur Arsenikbehandlung von ca. 60 Luetikern die *arsenige Säure* in folgender Zusammensetzung: Ac. arsen. 0.8, Acoin 0.12, Aq. dest. 40, Thymol 0.1 in Mengen von 0.002—bis 0.02 g arseniger Säure mit zum Theile auffallend günstigem, zum Theile geringerem Erfolge und giebt diesem Präparate den Vorzug vor dem Atoxyl wegen seiner geringeren Gefährlichkeit. Im Allgemeinen stellt er den Arsenik dem Hg und Jod als vollwerthig an die Seite.

d) Andere Mittel und Methoden der Behandlung.

109) *Eine Quecksilberschnupfungskur;* von Cronquist. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXVI. 1 u. 2. p. 181. 1907.)

110) *Sur les huiles injectables mercurielles: huile grise et huile au calomel;* par Dumesnil. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syph. XIX. 1. p. 32. 1908.)

111) *Sur l'emploi thérapeutique de l'huile de mercuriol et ses dangers;* par Hallopeau. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syph. XIX. 2. p. 46. 1908.)

112) *Erfahrungen über die Behandlung von Störungen des Nervensystems auf syphilitischer Grundlage;* von Harttung u. Foerster. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXVI. 1 u. 2. p. 3. 1907.)

113) *Ein Einreiber zur raschen Ausführung der Schmierkur mit Hand- oder Motorbetrieb;* von Jacobi. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 39. p. 1732. 1907.)

114) *Préparation du calomel, du salicylate de mercure, de l'oxyde jaune de mercure, pour les injections, selon la formule de l'huile grise de Lang;* par Juan de Azua. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de Syph. XIX. 2. p. 49. 1908.)

115) *Ueber eine neue Quecksilberinhalationskur bei Syphilis;* von Kromayer. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 8. p. 406. 1908.)

116) *Remarks on the treatment of syphilis by intramuscular injections;* by Lane. (Brit. med. Journ. Nr. 2464. p. 678. 1908.)

117) *Sur l'huile grise;* par Lang. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syph. XIX. 1. p. 8. 1908.)

118) *Ueber die Beeinflussung syphilitischer Erscheinungen durch Nucleinhyperleukocytose;* von Stern. (Med. Klinik III. 32. p. 949. 1907.)

119) *Syphilide tuberculo-ulcéreuse guérie par des injections intramusculaires de mercure colloidal électrique;* par Stodel et Galup. (Bull. de la Soc. de Dermatol. et de la Syph. XIX. 1. p. 22. 1908.)

Die von Cronquist und von Kromayer angegebenen neuen Methoden beruhen beide auf der Ansicht, dass das Quecksilber bei der Schmierkur weniger percutan, als vielmehr durch Einathmung der Hg-Dämpfe aufgenommen wird. Cronquist (109) liess, entsprechend der Thalmann'schen Anwendung der grauen Salbe in die Nase, eine 33proc. Mischung von Quecksilber mit Creta täglich 4—5mal in Portionen von 3—5 g in langen Zügen in die Nase einschnupfen. Für eine Kur wurden meist 100—200 g verbraucht. Voraussetzung für die Wirkung ist, dass der Patient durch die Nase athmet, der Erfolg der Kur schien dem anderer Methoden gleichzukommen. Kromayer (115) lässt das Quecksilber durch eine Maske einathmen, die auf einem Drahtgestell eine doppelte, mit 8 g Hg imprägnirte Mulllage trägt. Jede Maske kann 10 Tage benutzt werden. Meist legten sie die Patienten nur Nachts an. Kromayer fand, dass die Hg-Resorption hierbei ähnlich wie bei Injektionskuren war, die klinische Wirksamkeit war jedenfalls deutlich vorhanden. Die Dauer der Kur beträgt 30—40 Tage, ihr Vortheil liegt in ihrer Bequemlichkeit.

Jacobi (113), der die Schmierkur für die beste Methode der Quecksilberbehandlung hält, hat einen durch Elektromotor getriebenen plattenförmigen Einreiber construirt, wodurch die Zeit der Einreibung verkürzt und diese selbst energischer und sorgfältiger ausgeführt werden soll.

Harttung und Foorster (112) sprechen über die Behandlung der tertiär-luetischen Erkrankungen des Nervensystems. Nach H. hat diese in allen Stadien eine ätiologische zu sein, also auch in der Spätperiode ist zunächst das Quecksilber, am besten Calomel, angezeigt und erst zur Fortsetzung der Kur ist Jod zu geben. Er zeigt durch Anführen einiger Krankengeschichten, dass hiermit noch bei scheinbar aufzugebenden Patienten mit schwersten luetischen Erkrankungen des Nervensystems viel erreicht werden kann. F. bezeichnet die Quecksilberbehandlung bei Tabes als unbedingt erforderlich; er giebt dem Calomel vor der Inunktionkur den Vorzug. Er betont aber dabei, dass natürlich eine Heilung nur dann möglich ist, wenn die Erscheinungen nicht auf einem irreparablen Schwunde von Nervenfasern beruhen, dass aber nach seiner Erfahrung eine ganze Anzahl der tabischen Symptome, nämlich die, die nur einer Entzündung an den Gefässen des Rückenmarkes ihre Entstehung verdanken, durch energische Quecksilberbehandlung zum Verschwinden gebracht werden kann.

Storn (118) ging von dem Gedanken aus, dass die Wirkung des Quecksilbers bei der Lues

durch die Vermehrung der weissen Blutkörperchen bedingt sei, und suchte diese Hyperleukocytose durch andere Mittel zu erreichen, nämlich durch Injektionen von 5—10 *g* einer 10proc. Lösung von *nucleinsaurem Natrium* in 4tägigen Intervallen. Sowohl die Zunahme der Leukocytenzahl, als auch die schliessliche Abheilung der Lueserscheinungen gelang St. hierdurch, wenn auch bei einigen Patienten ziemlich erhebliche Reaktionerscheinungen auftraten.

Beiträge zur Anwendung des grauen Oels liefern Lang (117), der dieses Mittel in die Therapie eingeführt hat und nochmals die zweckmässigste chemische Zusammensetzung, die Technik und die Indikationen bespricht, und Dumesnil (110), der ebenfalls einige Mittheilungen über die zweckmässigste Zusammensetzung, Dosirung und Sterilisation dieses Präparates und des Calomelöls macht. de Azua (114) empfiehlt auch die Herstellung der Calomel-, Hg salicylicum- und gelben Hg oxyd-Präparate nach Lang's Vorschriften vorzunehmen.

Ueber ein ganz ähnliches, von Magnus Moeller angegebenes Präparat berichtet Hallopeau (111), nämlich das Mercuriol, eine Mischung von Aluminium, Magnesium, Lanolin und Mandelöl mit 45% Hg-Gehalt. Es erwies sich als wirksames Präparat, ist aber als nicht ungefährlich zu bezeichnen, da lange bestehende abgekapselte Depots an den Injektionstellen, starke Stomatitis, ja sogar Todesfälle vorkamen.

Stodel und Galup (119) behandelten eine Patientin mit Hautgummen mit 11 ganz schwachen Injektionen von Hg colloidalo (0.015 pro dosi) mit bestem Erfolge.

Lane (116) spricht im Allgemeinen über die Injektionsbehandlung bei Syphilis und führt einige der bekannten und gebräuchlichen Injektionmittel an.

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

394. **Ueber Händedesinfektion mit Chirosoter;** von Dr. Georg Becker in Halle a. d. S. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 11. 1908.)

B. hat im Laboratorium der Veit'schen Frauenklinik Versuche darüber angestellt, wie weit die „Tageshand" durch den Chirosoterüberzug keimarm gemacht werden kann. In allen Fällen fand sich eine erhebliche Keimverminderung auf der Chirosoterhand gegenüber der Controlhand. Auffallend waren die Ergebnisse einer Versuchsreihe, bei der die Unternagelräume vor und nach der Chirosoterbedeckung mit sterilem Seidenfaden ausgerieben worden waren. Hierbei zeigte in 2 Fällen von im Ganzen 10 Versuchen der von der Chirosoterhand abgeimpfte Seidenfaden grösseren Keimreichthum als der von derselben Hand vorher beimpfte Faden.

B. räth auf Grund seiner Versuche dem geburthülflichen Praktiker entschieden ab, Chirosoter auf der undesinficirten Hand zu gebrauchen. In Fällen, die rasches Handeln erfordern, kann man nach B. fast in derselben Zeit, die die Herstellung der Chirosoterdecke in Anspruch nimmt, Gummihandschuhe mit Wasser und Seife (3 Min.) und Sublimat (2 Min.) absolut steril machen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

395. **Licht als Desinficiens;** von H. Axmann. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 12. 1908.)

A. wahrt sich gegenüber Frenz in Jena die Priorität betreffs Verwendung ultravioletter Strahlen, bez. der Uviollampe bei Laparotomien. A. hat bereits mehrfache Publikationen über Wundbehandlung u. s. w. mittels Violstrahlen erscheinen lassen, von denen Franz nicht eine einzige erwähnt habe. R. Klien (Leipzig).

396. **Heizvorrichtung an einem Operationtisch;** von Dr. Paul v. Kubinyi. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 10—16. 1908.)

Das Princip der heizbaren Operationtische darf nicht darin bestehen, die Tischplatte zu erwärmen — Gefahr der Verbrennung oder ungenügende Wirkung —, sondern die den Körper umgebende Luft. v. K. hat dieses mittels einer des Näheren beschriebenen und illustrirten Glublampenheizvorrichtung erreicht, wobei diese nach unten bis auf 2 Löcher für das Einströmen der kalten Luft abgeschlossen ist. Der Rheostat wird im Nebenzimmer angebracht. Bei halber Stromstärke wird die aufsteigende Luft auf 40° C. erwärmt, die Tischplatte ist oben mit Asbest und einer Gummiplatte überzogen. R. Klien (Leipzig).

397. **Ueber die Behandlung der Bartholinitis mit Bier'scher Stauungshyperämie;** von Dr. Th. Plass. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 16. 1908.)

Die Erfolge waren auch in schweren Fällen recht gut. Das Verfahren wird öfters die Exstirpation der Drüsen unnöthig machen. Dippe.

398. **Ueber das Vulvacarcinom;** von Dr. Richard Teller in Berlin. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 2. p. 309. 1907.)

In den Jahren 1893—1906 sind in der Olshausen'schen Klinik 39 Frauen wegen Vulvacarcinom operirt worden. T. theilt die einzelnen Krankengeschichten dieser 39 Beobachtungen mit. 3 Fälle hiervon wurden schon von Schwarz (Inaug.-Diss. Berlin 1893), der die Fälle der Berliner Frauenklinik aus den Jahren 1883—1892 bearbeitet hat, beschrieben.

In den 39 Fällen T.'s waren 11mal das Labium majus ergriffen, 8mal das Labium minus, 5mal die Klitoris, 5mal Klitoris und Labium einer Seite, 2mal Klitoris und beide Labien zugleich, 2mal das grosse und kleine Labium und 1 Fall ist als Carcinoma periurethrale beschrieben. Die Mehrzahl der erkrankten Frauen stand im Alter von 66—70 Jahren, die jüngste Pat. war 31 Jahre alt. Eins der ersten Symptome scheint der Pruritus vulvae zu sein. In der grossen Mehrzahl sind die Vulvacarcinome Cankroide, die ziemlich lange Zeit lokal beschränkt bleiben. Von den 39 Operirten war bei 16 nach der ersten Operation ein Recidiv aufgetreten; bei den Nachforschungen nach dem Ergehen der übrigen 23 Frauen

konnte T. nur geringe Nachrichten erhalten. Das Recidiv trat im kürzesten Falle 2 Monate, im längsten 5 Jahre 11 Monate nach der primären Operation auf. In 12 von den 16 Recidivfällen trat das Recidiv im Laufe des ersten Jahres nach der Operation auf. In 6 Fällen von 16 Fällen trat ein zweites Recidiv auf, 1mal erst 10 Jahre nach der zweiten Operation.

T. ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass eine möglichst umfangreiche Exstirpation des Vulvacarcinoms mit gleichzeitiger Ausräumung der zugehörigen Lymphbahnen und Lymphdrüsen für eine erfolgreiche Therapie unumgänglich nothwendig ist. T. formulirt seine Ansichten über die operative Behandlung des Vulvacarcinoms folgendermaassen:

„Ist das Vulvacarcinom auf einer Seite lokalisirt, dergestalt, dass das Carcinom sich von der Medianlinie genügend weit entfernt hält, und sind die Inguinaldrüsen derselben Seite nicht hart infiltrirt, so genügt die in grossem Umkreise von der Neubildung liegende Ausschälung und Herausnahme der zugehörigen Lymphgefässe und Leistendrüsen mitsamt dem umgebenden Fettgewebe derselben Seite. Ist das Vulvacarcinom schon nahe der Medianlinie gelangt, sind die Lymphdrüsen derselben Seite zu harten Knollen verdickt oder sind die Lymphdrüsen beiderseits geschwollen, so muss nicht nur das Carcinom mitsamt dem Lymphgebiete derselben Seite exstirpirt werden, sondern es sind die Lymphdrüsen und die zugehörigen Lymphstrassen mitsamt dem umgebenden Fettgewebe auf der gegenüberliegenden Seite ebenfalls zu entfernen."

T. ist zu dieser Auffassung der operativen Behandlung nicht nur durch das Studium seiner Fälle, sondern zugleich durch die Anordnung und Funktion des Lymphapparates der Vulva gekommen. Ob mit dem Messer oder mit dem schneidenden Thermokauter operirt wird, ist ziemlich gleichgültig. Wichtig ist es nur, vor Beginn der Operation die ulcerirte Geschwulstoberfläche gründlich zu verschorfen, eventuell vor der Verschorfung mit dem scharfen Löffel auszuräumen, um Impfmetastasen zu verhüten.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

399. **Der schneckenförmige Uterus;** von Prof. L. M. Bossi. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 20. 1908.)

B. macht auf die Häufigkeit des „schneckenförmigen" Uterus bei Dysmenorrhöe, Sterilität u. s. w. aufmerksam. Es sind das Uteri, bei denen die fast atrophische Cervix spitzwinklig gegen den im Allgemeinen über die Norm vergrösserten Uterus abgeknickt ist, so dass der äussere Muttermund sich gegen die vordere Scheidenwand wendet. Es ist das also wohl nichts anderes als die bekannte spitzwinklige Anteflexio höchsten Grades. [*Ref.*] — Dafür spricht auch die Art, wie B. diese Anomalie mit Erfolg behandelt hat: mittels Intrauterinpessar oder Amputatio cervicis. R. Klien (Leipzig).

400. **Sulla sifilide utero-annessale;** per N. G. de Paee. (Arch. ital. di Ginecol. X. 6. p. 210. 1907.)

In einem Falle von Endometritis interstitialis haemorrhagica und tumorartiger Anschwellung der beiderseitigen Adnexe gingen die Erscheinungen auf antiluetische Therapie völlig zurück. Anamnestisch bestanden Anhaltepunkte für Syphilis. Auch die regionären Lymphknoten waren betheiligt. Fischor-Defoy (Quedlinburg).

401. **Zur Behandlung der chronischen Endometritis;** von C. Menge. (Ther. d. Gegenw. N. F. X. 4. 1908.)

M. tritt aus praktischen Gründen für die Beibehaltung des klinischen Begriffs der chronischen Endometritis ein, von der man eine E. hypersecretoria und eine E. hämorrhagica (Meno- und Metrorrhagien) zu unterscheiden hat. Aetiologisch kommen in Betracht: Spaltpilze, ganz besonders der Gonococcus; es entsteht daraus schliesslich eine E. chronica gonorrhoica und eine E. chronica postgonorrhoica, welche letztere ihre Infektiosität eingebüsst hat. Zahlreiche Fälle von chronischer Endometritis haben jedoch mit einer Spaltpilzinfektion gar nichts zu thun, so z. B. die E. post partum und die E. post abortum, wobei zurückgebliebene deciduale Reste als mechanische Reize geweblicher Natur der Mucosa gegenüber wirken. Ferner können allgemeine Stoffwechselanomalien bei anämischen, dysämischen, chlorotischen und unterernährten Frauen zu Fluor und Blutungen führen, endlich lokale Cirkulationstörungen.

Heutzutage hat sich die *Therapie* all dieser Formen der chronischen Endometritis sehr vereinfacht. Erstens ist eine zweckmässige roborirende Allgemeinbehandlung einzuleiten, zweitens eine rationelle Lokalbehandlung. Als solche empfiehlt M. seine bekannte Auswischung der Uterushöhle mit 50proc. Formalinlösung mittels seiner Hartkautschukwattestäbchen wiederum aufs wärmste. Selbst bei den hämorrhagischen Formen soll der praktische Arzt diese Behandlung zunächst einleiten und die eventuell nöthig werdende Curettage lieber dem Specialisten überlassen. Nur wenn Verdacht auf maligne Veränderungen der Uterusschleimhaut besteht, hat behufs Untersuchung des Exkochleats die Aetzbehandlung zu unterbleiben; ferner ist sie verboten, während der Menstruation, bei intra- und extrauterinor Gravidität, bei akuten und subakuten Entzündungen der Schleimhaut oder Muskulatur des Uterus, der Uterusanhänge und des Bauchfells, bei submukös entwickelten Myomen, Placentarpolypen, grösseren Schleimhautpolypen und tuberkulösen Veränderungen der Schleimhaut. — Die Technik der Formalinätzung wird eingehend beschrieben. Misserfolge sind selten, besonders wenn man der Allgemeinbehandlung die nöthige Aufmerksamkeit zuwendet. Nur 2mal beobachtete M. bei chronischer E. gonorrhoica eine Ausbreitung des Processes auf den Eileiter.

R. Klien (Leipzig).

402. **Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Aetzmittel auf die Uterusschleimhaut;** von Georg Burckhard in Würzburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 2. p. 346. 1907.)

Um die Wirksamkeit der einzelnen Aetzmittel zu prüfen, hat B. sie systematisch vor Operationen angewandt, indem er sie bestimmte Zeit vorher, meist 24 Stunden, in einzelnen Fällen auch kürzere Zeit vorher, gelegentlich auch erst ½ Stunde vor der Operation applicirte. Die verwandten Uteri wurden unmittelbar nach der Operation in toto in Formalin conservirt; nach erfolgter Härtung wurde die Schleimhaut excidirt und zur Untersuchung verwandt. Von Aetzmitteln wurden geprüft: Carbolalkohol 10% und 20%, Formalin 30%, 50%, 100%, Jodtinktur, Chlorzink wässrig 5%, 10%, 20%, 50%, Chlorzink alkoholisch 3%, Argentum nitricum 5%, 10% und 20%, ausserdem Zinkichthyolstifte. Ergänzt wurden die an Frauen angestellten Versuche durch Versuche am Kaninchen.

Alle Mittel hatten nur auf die alleroberflächlichsten Schichten der Uteruswand einen Einfluss, nur das Epithel wurde von einzelnen alterirt, wobei es nicht einmal immer zur Ablösung, sondern häufig nur zu einer Herabsetzung der Färbbarkeit kam. Die übrigen Theile des Uterus, interglanduläres Gewebe, Muskulatur und Drüsen wurden durch die Mittel direkt nicht oder nur wenig berührt. Eine einzige Ausnahme bildet das Argentum nitricum, das auf die Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung eine Aetzwirkung ausübt.

Vergleicht man die Befunde an den mit Aetzmitteln behandelten Schleimhäuten mit der Curettenwirkung, so ergiebt sich nach B. ein gewaltig grosser Unterschied. Dort nur Veränderung am Epithel und im interglandulären Gewebe unter minimaler Betheiligung der Drüsen, und hier eine die ganze Tiefe der Schleimhaut durchsetzende, alle Theile betreffende Zerstörung, vor allem auch der krankhaft veränderten Partien. Wenn den Aetzmitteln auch eine gewisse Wirkung nicht abzusprechen ist, so hat man doch in der Curette ein Mittel, mit dem ein ganz anderer und vor allen Dingen sehr viel sicherer Erfolg zu erzielen ist.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

403. **Chlorzink gegen Carcinom, Phenol gegen Endometritis;** von Otto von Herff. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 7. 1908.)

Mit Hofmeier verwirft v. H. das Chlorzink zu intrauterinen Aetzungen, sowie auch zu Scheidenausspülungen. Dafür empfiehlt er mit Hofmeier dringend bei *Endometritis* alkoholische Carbollösungen. v. H. verwendet 50—90% weingeistige Carbollösungen mit ausgezeichnetem Erfolge. Hier und da leisten Jodlösungen, insbesondere jene nach Grammatikati (Alumnol 5, Alkohol, Tinct. Jodi ana 50.0) bessere Dienste, z. B. bei Gonorrhöe, bei gleichzeitigen Adnexentzündungen, kurz, wenn ein Adstringens oder eine Jodwirkung angebracht erscheint. Wohl deshalb, weil sie häufiger hintereinander, etwa alle 2 Tage, angewandt werden können. v. H. zieht diese Mittel dem Formalin weit vor. Angewendet werden sie mittels Silberstäbchen oder der von v. H. abgeänderten Rosner'schen Spritze. — Beim inoperablen ausgekratzten *Carcinom* stellt dagegen v. H. das Chlorzink oben an und zwar legt er 4—5 Tage nach der Auslöffelung einen der Wundhöhle nachgeformten Wattetampon ein, der mit einer 50proc. Chlorzinkpaste (Zinc. chlorat., Amylum ana, nebst einigen Tropfen Glycerin) bestrichen ist. Der Tampon wird nach 4—6—8 Stunden entfernt. v. H. sah dabei in vielen hunderten von Fällen keinen Nachtheil, nie eine Blasenscheidenfistel, höchstens bei der Losstossung des Schorfes eine Nachblutung, was bei anderen Methoden auch vorkommt. — Die jüngst von Hofmeier behauptete Giftigkeit des Chlorzinks in Folge Bildung von Zinkalbuminaten bedarf nach v. H. noch überzeugender Beweise.

R. Klien (Leipzig).

404. **Zur Diagnose der Malignität am Uterus;** von Dr. Otto Paul Mansfeld in Budapest. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LX. 3. p. 369. 1907.)

1) Den Ausdruck „*Adenoma malignum*" erklärt M. für berechtigt; er gebraucht ihn ebenso wie R. Meyer, wenn bei klinischer Malignität histologisch die Diagnose Adenom festgestellt wird. Sind klinische Symptome der Malignität vorhanden, so ist die Exstirpation früh- und rechtzeitig auszuführen. Fehlen dagegen die Symptome klinischer Malignität und ist nur zufällig in den ausgeschabten Theilen Adenom gefunden worden, so ist Warten und wiederholtes Curettiren berechtigt. M. will die Stückchendiagnose nur von Gynäkologen gestellt haben.

Zur Erläuterung dieser Beurtheilung theilt M. 4 Beobachtungen aus der Tauffer'schen Klinik mit. Zunächst 2 Fälle, in denen aus den curettirten Massen die Diagnose Adenoma malignum gestellt worden war und bei der Untersuchung der totalexstirpirten Uteri Adenocarcinoma corporis uteri gefunden wurde. In einem 3. Falle waren bei einer 31jähr. Nullipara mehrfache Ausschabungen gemacht worden, eine neue Ausschabung führte zur histologischen Diagnose: Adenomatöse Wucherung ohne Kriterien der Malignität. In dem nach erfolglosen weiteren Ausschabungen totalexstirpirten Uterus wurde trotzdem Adenocarcinoma corporis festgestellt. Nach 3 Jahren 2 Monaten Recidiv in der Vagina. Der 4. Fall betraf ein 28jähr. Mädchen. Wegen Blutungen Ausschabung, aus den entfernten Partikeln wurde Adenoma malignum diagnosticirt. Eine nach 4 Monaten wiederholte Ausschabung führte zur Diagnose Endometritis glandularis hypertrophica. 2 Jahre später wurde wegen weiterer sehr reichlicher Blutungen die Totalexstirpation ausgeführt; am exstirpirten Uterus fehlten die Kriterien der histologischen Malignität, nur eine mächtige Drüsenvermehrung liess sich nachweisen.

2) M. hält in Fällen, in denen das histologische Bild nicht im Einklang steht mit dem klinischen Verhalten und in denen histologisch nichts Malignes festgestellt worden ist, die Totalexstirpation nur bei unstillbaren Blutungen für berechtigt. Das Bild der Curettage konnte nach verschiedenen Beobachtungen M.'s *keine* Anhaltepunkte liefern in einzelnen Fällen von Adenoma portionis, Adenoma malignum cervicis, Adenoma diffusum myometrii,

bei Metritis dissecans und in Fällen von Chorionepitheliom.

3) Die Frage, ob durch eine einfache Abrasio mucosae ein Corpuskrebs zu heilen ist, beantwortet M. dahin, dass dieses nur bei Hinzutreten tiefgreifender Einflüsse, wie hohen Fiebers, Eiterung u. s. w. möglich ist. Aus diesen seltenen Ereignissen will M. jedoch keine praktische Consequenz gezogen haben. Er hält im Gegentheil das übliche Warten und wiederholte Curettiren in solchen Fällen für gefährlich und nur bei den bisher unaufgeklärten Bildern, wie Epithelmetaplasien und Chorionepitheliom, sowie in jenen Fällen von Adenomen für berechtigt, in denen die klinischen Symptome die Malignität auszuschliessen scheinen.

Die hierhergehörige Beobachtung M.'s ist folgende: Aus einem Schleimhautstückchen war histologisch die Diagnose Adenocarcinoma corporis uteri gestellt worden. Wegen einer sich an die Curettage mit hohem Fieber anschliessenden Parametritis purulenta konnte die beabsichtigte Totalexstirpation nicht ausgeführt werden. Die 3 Monate später — im April 1906 — vorgenommene Ausschabung ergab normales Endometrium. Pat. befindet sich seitdem subjectiv und objectiv völlig wohl.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

405. **A discussion on measures to be recommended to secure the earlier recognition of uterine cancer.** Introduced by Herbert R. Spencer. (Brit. med. Journ. Aug. 24. 1907.)

Unter der weiblichen Bevölkerung von England und Wales kamen, wie Sp. auf der 75. Versammlung der Brit. med. Assoc. in Exeter mittheilte, in den Jahren 1901—1905 73188 Todesfälle an Krebs vor. Davon betrafen 19645 Fälle die Gebärmutter. Unter den Gestorbenen waren nur 30 Frauen unter 25 Jahren, die höchste Sterblichkeit an Gebärmutterkrebs entfiel auf die Jahre zwischen 45 und 55. In Hinblick auf die Möglichkeit der Dauerheilung nach Operation (Sp. hatte unter 25 Fällen von Gebärmutterhalskrebs nach hoher Amputation oder vaginaler Entfernung der ganzen Gebärmutter 5 Frauen, die über 5 Jahre gesund geblieben sind, 3 davon über 11 Jahre), besonders nach der Erweiterung der Operationmöglichkeit durch den paravaginalen Hülfsschnitt und die erweiterte abdominalo Operation nach Wertheim, welche letztere Sp. auf fortgeschrittene Fälle beschränkt wünscht, verlangt Sp. frühzeitige vaginale Untersuchung von Seiten des praktischen Arztes, falls irgend ein Verdacht auf Krebs vorliegt, und Ueberweisung an den Specialisten, Schulung des Studirenden in gynäkologischer Untersuchung, mikroskopische Untersuchung nach Probeexcision aus dem Gebärmutterhals oder nach Ausschabung der Gebärmutterhöhle, ferner allmähliche Verbreitung der Kenntniss der Krebssymptome unter den Frauen über 25 Jahre durch Aerzte, Krankenpflegerinnen und Hebammen, während er meint, dass gegen die Aufklärung der Frauen durch die allgemeine Presse, wie sie in Deutschland auf Winter's Anregung geschehen ist, Publicum und Aerzte in England Bedenken erheben werden.

J. Praeger (Chemnitz).

406. **Immediate examination of uterine mucosa and myomatous nodules after hysteromyomectomy to exclude malignant disease;** by T. S. Cullen, Baltimore. (Journ. of the Amer. med. Assoc. March 10. 1906.)

In dem Falle C.'s war bei einer 42jähr. Frau im Januar 1903 die supravaginale Amputation der Gebärmutter wegen interstitieller und subperitonäaler Myome gemacht worden. Die linken Anhänge waren zurückgeblieben.

Nach völligem Wohlbefinden erkrankte die Pat. am 17. Febr. 1905 mit plötzlichem Leibschmerz und Ohnmacht. Die Operation ergab, dass sich vom Stumpf ein grösserer Sarkomknoten zwischen Cervix und Rectum entwickelt hatte. Von dieser Geschwulst aus hatte Pat. eine innere Blutung bekommen. Die völlige Entfernung war nicht möglich. Am 21. Aug. 1905 musste wegen Darmverschlusses an der Flexur ein künstlicher After angelegt werden. Am 30. Oct. 1905 starb die Kranke.

Die genauere Untersuchung der bei der 1. Operation entfernten Geschwulst wurde erst nach der 2. Operation vorgenommen. In dem grössten, von der hinteren Wand ausgehenden, die Gebärmutterhöhle ausfüllenden Knoten fanden sich neben Zonen hyaliner Entartung Theile, die schon makroskopisch als Sarkom zu diagnosticiren waren. Mikroskopisch bestätigte sich diese Diagnose; wahrscheinlich ging die Entwickelung vom Muskelgewebe aus. Die bei der 2. Operation entfernte Geschwulst war ein Spindelzellensarkom mit zahlreichen Riesenzellen.

Im Anschlusse an diesen Fall betont C. die Nothwendigkeit, bei der Operation sofort nach der Entfernung der Gebärmutter sowohl die Gebärmutterhöhle wie die Knoten zu untersuchen, um eventuell auch den Cervixstumpf noch zu entfernen. Er geht aber nicht soweit, die supravaginale Amputation ganz zu verwerfen, da die Vorzüge dieser Operation vor der Totalexstirpation die Gefahr der bösartigen Veränderung der Myome überwiegen.

J. Praeger (Chemnitz).

407. **Observations sur le diagnose du cancer utérin et de la syphilis tardive de l'utérus;** par le Prof. F. Howitz. (Nord. med. ark. Afd. II. 3. F. 4. Nr. 14. 1907.)

Wenn auch Verwechselungen eines Gummi mit einem Carcinom des Gebärmutterhalses selten sein mögen, so kann ein Irrthum gerade hier von ernsten Folgen begleitet sein und man denke, dass ein gummöser Uterus nach Wertheim operirt wird! Das Fatalste bei der Sache ist aber, dass selbst nicht einmal das Mikroskop einen sicheren Entscheid zu geben im Stande ist. Uterushalsgummata bieten sehr oft das typische Bild eines Epithelioms. So in einem Falle, den H. beschreibt.

Es handelte sich um eine 32jähr. Frau, die 2 Frühgeburten im 7. und 9. Monate durchgemacht, danach 3 gesunde Kinder zur Welt gebracht hatte. Sie bekam an der rechten vorderen Muttermundslippe einen kleinen, harten, leicht blutenden Tumor, der sich nach der Exstirpation als zweifelloses Epitheliom erwies. 2½ Jahre danach dasselbe an der linken vorderen Lippe; dieselbe Behandlung und derselbe Befund. Trotzdem konnte sich

H. nicht dazu entschliessen, an ein Carcinom zu glauben. Der klinische Verlauf sprach allzusehr dagegen. Eine genaue nachträgliche Anamnese ergab, dass Pat. in ihrem 17. Lebensjahre Lues erworben hatte. Nunmehr leitete H. mit bestem Erfolge eine antiluetische Kur ein: nach $1^1/_2$ Jahren Geburt eines gesunden Kindes.

Die von H. noch so sehr hervorgehobenen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten sind heute so gut wie behoben, da die serologische Untersuchung die Diagnose auf Lues so gut wie sicher stellen lässt [*Ref.*].

Dagegen erhebt sich eine andere Frage: Giebt es einen Zusammenhang zwischen Lues und Carcinom? wie das mehrfach behauptet worden ist; besonders Franceschini in Vicenza erklärte 1906 fast jedes Uteruscarcinom als Folge tertiärer Syphilis. Dem hält H. die auf 38jähr. reicher Erfahrung beruhende Mittheilung des Pariser Syphilidologen Rudolf Bergh entgegen, der bei Prostituirten nur ein einziges Mal einen Uteruskrebs gesehen hat, obwohl darunter viele waren, die das 40. Jahr erreicht oder überschritten hatten. Allerdings kann man dazu sagen, dass die Lues der Prostituirten von vornherein energisch behandelt, bez. zur Ausheilung gebracht wird, während das bei Damen der besseren Kreise sehr oft nicht der Fall ist. Somit könne sich bei jenen auch kein Carcinom auf syphilitischer Basis entwickeln. Diese Frage bedarf also noch der Klärung, eventuell durch die Statistik. R. Klion (Leipzig).

408. **Multiple Adenomyomata uteri in carcinomatöser Degeneration;** von M. Schwab in Erlangen. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XII. 1. p. 102. 1907.)

Fälle, in denen aus einem Adenomyoma uteri, und zwar lediglich aus den Drüseneinschlüssen im Myom ohne Betheiligung der gesunden Uterusschleimhaut ein Carcinom entstanden ist, giebt es im Ganzen nur 4.

Schw. entfernte durch Laparotomie eine hühnereigrosse, mit der hinteren Cervixwand und dem hinteren Scheidengewölbe verwachsene Geschwulst und ein paar kleine, schlecht umschriebene subseröse Knoten aus der vorderen und hinteren Fundus wand. Mikroskopisch erwiesen sich sämmtliche Geschwülste als carcinomatös degenerirte Adenomyome; an denen eine doppelte Form der carcinomatösen Infiltration auffiel: einerseits eine undeutlich alveoläre Art, andererseits eine an den Bau der Leberacini erinnernde Form, nämlich nach einem hyalinen Centrum radiär zusammenlaufende Zellenstränge, zwischen denen ebenfalls hyalin entartetes, noch Ueberreste fibromyomatösen Ursprungs enthaltendes Gewebe gelegen war. Letztere Form entspricht der noch wenig bekannten radiären Strahlung von Myomkeimen. Entstanden denkt sich Schw. die gleichartigen Geschwülste aus Abzweigungen der Müller'schen Gänge, aus denen sich ja auch die Uterusschleimhaut entwickelt. Kamann (Magdeburg).

409. **Cancri primitivi multipli. Cancro e anomalie organiche coesistente;** per Gino Monzardo. (Rif. med. XXIII. 13. p. 348. 1907.)

Bei einer 58jähr. Frau fand sich ausser einem glandulär gebauten Mammacarcinome auch noch ein primäres Plattenepithelcarcinom des Collum uteri. Weiter beobachtete M. bei einer 50jähr. Frau, deren ganze rechte Körper- und Gesichthälfte stark missgebildet war, ein sehr ausgedehntes rechtseitiges Mammacarcinom, dessen Ursprung er in eine embryologische Epoche zu verlegen geneigt ist. Fischer-Defoy (Quedlinburg).

410. **Probabile correlazione tra contemporanea invasione di tubercolosi primitiva e carcinoma dell'utero;** pel Prof. Pacinotti. (Clin. chir. XV. 1. p. 162. 1907.)

Bei einer 47jähr. Nullipara, der vor 16 Jahren von P. die rechtseitigen Adnexe wegen gonorrhoischer Entzündung exstirpirt waren und bei der eine Endometritis glandularis hyperplastica festgestellt wurde, fanden sich in gleicher Weise im Uterus ausgebreitet Carcinom und primäre Tuberkulose. Fischer-Defoy (Quedlinburg).

411. **Polymorphzellige Tumoren der Cervix uteri;** von Dr. Arnold Fuchs in Breslau. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LX. 3. p. 453. 1907.)

F. theilt 2 Beobachtungen von Sarcoma cervicis aus der Küstner'schen Klinik mit:

1) 42jähr. Landarbeiterin. Es handelte sich um eine Art polypöser, sehr blutreicher, fast gallertiger Neubildung, die von der etwas ektropionirten hinteren Cervixwand, und zwar von ihrer linken Hälfte, ihren Ausgang genommen hatte. Die Wand der Cervix war hier, etwa hinauf bis zum inneren Muttermunde, deutlich etwas verdünnt, bez. in Tumor aufgegangen. Die vordere Wand war vom Tumor völlig unberührt geblieben, ebenso war auch der Cervikalkanal glatt wegsam. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um einen Tumor desmoiden Charakters handelte. Ausserordentlich grosse Riesenzellen verliehen in Folge ihrer Häufigkeit der ganzen Geschwulst den Charakter. Totalexstirpation durch Laparotomie. 4 Monate nach der Operation fühlte sich die Pat. ganz wohl.

2) 43jähr. Frau. Der vorderen ektropionirten Lippe sass fingerhutartig ein pilzförmiges, schwammiges, bei Berührung leicht blutendes Gebilde von etwa Haselnussgrösse auf. Die hintere Lippe war unverändert, ebenso der übrige Uterus und die Parametrien. Totalexstirpation. 3 Monate nach der Operation Tod an ausgedehntem Sarkomrecidiv im kleinen Becken. Der Cervixtumor setzte sich in vollkommen homogener Weise zusammen aus auf's Dichteste gehäuften, mittelgrossen Rundzellen mit chromatinreichen, meist ovalen Kernen und geringem, wenig tingirtem Protoplasmahof.

Die Sarkome der Cervix sind nach F. weit bösartiger, als die Carcinome. Jeder Cervixpolyp muss mit Rücksicht auf die Möglichkeit, dass es sich um eine sarkomatöse Neubildung handeln könne, mikroskopirt werden. Als Operation kommt nach gestellter Diagnose nach F. nur die Totalexstirpation durch Laparotomie in Frage, wenn die Geschwulst überhaupt noch als operabel anzusehen ist. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

412. **Eine seltene Beobachtung der Combination von Carcinom, diffusem Adenom und Tuberkulose, nebst Bildung von Psammomkörpern im Uterus einer 40jähr. Nulli-**

para; von Dr. A. Schütze in Königsberg i. Pr. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LX. 3. p. 540. 1907.)

In der von Sch. sehr ausführlich mitgetheilten Beobachtung handelte es sich um einen wegen Blutungen bei einer 40jähr. Nullipara total exstirpirten Uterus, in dem sich mehrere pathologische Processe nacheinander entwickelt hatten. Der sehr genau geschilderte anatomische Befund entsprach folgender Diagnose: Adenocarcinoma cervicis valde progressum. Endometritis interstitialis tuberculosa. Adenoma diffusum myometrii tuberculosum. Corpora psammosa fundi uteri. Perimetritis chronica adhaesiva non tuberculosa.

Sch. erklärt sich den Vorgang folgendermaassen: Ein in der Cervix entwickeltes, weit vorgeschrittenes Adenocarcinom hatte wahrscheinlich eine Auflockerung des Myometrium zur Folge gehabt, so dass hier die Vorbedingungen zur Tiefenwucherung der Mucosa gegeben waren. In dem saftreichen, zarten, cytogenen Bindegewebe des diffusen Adenoms war ein ausserordentlich günstiger Nährboden geschaffen, in dem die Tuberkelbacillen sich mächtig zu entwickeln vermochten und sowohl selbst, als auch durch ihre Gifte weitgehende Gewebeveränderungen hervorzurufen im Stande waren. Endlich fanden sich noch im Fundus uteri in der Nähe verkäsender Tuberkulose ziemlich zahlreiche Psammomkörper, die sich durch ihr chemisches Verhalten als aus phosphorsaurem Kalk mit Eisen gebildet erwiesen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

413. **Gleichzeitiges Carcinom des Magens, der Ovarien und des Uterus mit besonderer Berücksichtigung ihrer operativen Behandlung und der histologischen Befunde;** von Dr. F. Schenk und Dr. A. Sitzenfrey in Prag. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LX. 3. p. 392. 1907.)

Sch. u. S. theilen 3 Beobachtungen aus der v. Franqué'schen Klinik mit. In allen Fällen war es ausser Zweifel, dass das Carcinom des Magens das Primäre, das der Ovarien, bez. des Uterus das Sekundäre war. Das histologische Bild entsprach in keinem der Fälle dem gewöhnlichen bei Ovarialcarcinom; in dem einen Falle war die gleiche Provenienz der Carcinomzellen im Magen, in den Ovarien und in der Portio vaginalis uteri schon dem blossen Aussehen nach unverkennbar, während in den beiden anderen Fällen die scheinbar gequollenen Zellen nach dem Krukenberg'schen Typus für den primären Sitz im Magen sprachen.

Sch. u. S. fassen die wesentlichsten Ergebnisse ihrer Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

Bei der Complikation von Magen- und Eierstockscarcinom kann das letztere die ersten Erscheinungen machen; das primäre Magencarcinom kann überhaupt klinisch nicht diagnosticirbar sein. Bei einer von Sch. u. S. mitgetheilten Beobachtung hatte sogar die chemische Magensaftuntersuchung im Stiche gelassen. Gleichwie beim primären Ovarialcarcinom kommt es auch bei den sekundären Ovarialcarcinomen zur metastatischen Erkrankung des Uterus.

Gegenüber anderen Operateuren halten Sch. u. S. es für berechtigt, in geeigneten Fällen die operative Entfernung beider Geschwulstherde, des Magencarcinoms und der Ovarialcarcinome, letzterer womöglich in Verbindung mit dem Uterus, zu versuchen. Sch. u. S. glauben, dass die systematische Entfernung auch der makroskopisch nicht veränderten Ovarien bei Magen- und Darmcarcinomoperationen seitens der Chirurgen die Dauerresultate dieser Operationen bei Frauen im geschlechtreifen Alter verbessern würde.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

414. **The operative treatment of carcinoma of the cervix;** by Cuthbert Lockyer. (Brit. med. Journ. Aug. 24. 1907.)

Von 1901—1905 hat L. 14mal die vaginale Uterusexstirpation wegen Cervixcarcinom ausgeführt. Von diesen Kranken sind nur 4 sicher rückfallfrei, die letzte ist vor 2 J. und 1 Mon. operirt, während eine der Beobachtung entschwand. Nachdem Wertheim eine Kr. L.'s persönlich im St. Mary's Hospital operirt hatte, hat L. die Wertheim'sche abdominale Radikaloperation wegen Carcinoma cervicis uteri 12mal (unter 17 Fällen, die er überhaupt gesehen) vorgenommen: 4 Frauen starben nach der Operation (darunter eine an Lungenphthise), 2 an Rückfall. Nur 2 von diesen Kranken hätten bei vaginaler Operation Aussicht auf Erfolg gehabt.

L. nimmt jetzt die Kranken 14 Tage vor der Operation auf, giebt ihnen Strychnin, kauterisirt 8 Tage vor der Operation die Geschwulst und reinigt die Scheide mit schwachen Formalinlösungen. Fernor empfiehlt er die Gazedrainage, bez. Tamponade bei der Operation wegzulassen.

J. Praeger (Chemnitz).

415. **Die Leistungen der erweiterten abdominalen Uteruskrebsoperation;** von E. Wertheim. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 6. 1908.)

Von 120 Operirten und bis zu 5 Jahren Beobachteten sind 27 primär gestorben; von den ersten 30 14, von den anderen 90 nur 13. Von 87 verbleibenden Uteruskrebskranken sind 51 = 58.6% recidivfrei geblieben; es beträgt demnach die absolute Heilungsziffer nach Winter 24.7% (nach Waldstein 19%). Bei den letzten 158 Kr. betrug die primäre Mortalität 7.5%. Am meisten zur Verbesserung letzterer Ziffer hat die Abkürzung der Narkosendauer, bez. die Anwendung der Lumbalanästhesie beigetragen bei gleichgebliebener Radikalität der Operation. Technisch wurde besonders auf genaue und leichte Durchführung der Blutstillung Werth gelegt (Anwendung von Klammern vor Abtragung der Parametrien an der Beckenwand und Anlegen je einer seitlichen Ligatur um Vagina und paravaginales Gewebe vor Durchtrennung der Scheide). In den 158 Fällen kam es 10mal zu Ureternekrose mit 7 Heilungen durch Jodtinktur und Lapislösung. Von 4 bei dem Kieler Gynäkologencongress vorgestellten Kranken, bei denen die regionären Lymphdrüsen zur Zeit der Operation krebsig waren, sind heute noch 3 recidivfrei, was W. als Beweis für den Werth der Drüsenexstirpation ansieht.

R. Klien (Leipzig).

416. **Zur Wirkung der Uterusexstirpation auf die Keimdrüse;** von Hugo Sellheim. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 24. 1907.)

Während man bis in neuere Zeit (Nagel) annehmen zu müssen glaubte, dass die Eierstöcke von Hühnern, denen der Legdarm entfernt wurde, atrophiren, führte S. experimentell den Gegenbeweis, dass nämlich allerdings in der Legpause, wie bei jedem Huhn, eine Verkleinerung der Eierstöcke eintritt, dass aber dann während der folgenden Legperioden auch die operirten Hühner Eier legen,

allerdings nur in ihren Bauch hinein. Also beim Huhn ist die Entfernung des Legdarms in ihrer Wirkung keineswegs der Castration gleich zu setzen. Somit bestätigt das Hühnerexperiment die Untersuchungen Rauscher's, dass die Uterusexstirpation den Eierstock nicht zur Schrumpfung bringt und auch keine auf diese zurückzuführenden Ausfallserscheinungen bewirkt.

R. Klien (Leipzig).

417. **Ueber die sogenannten psychoneurotischen Ausfallserscheinungen;** von Prof. M. Walthard. (Contr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 17. 1908.)

Im Gegensatze zu den bisher üblichen Anschauungen weist W. an seinem Materiale von 64 Myomoperirten nach, dass den nach der Radikaloperation des myomatösen Uterus auftretenden sogen. Ausfallerscheinungen diese Bezeichnung gar nicht zukomme, dass diese also auch nicht als schwerwiegende Nachtheile gegen die Radikaloperation in's Feld geführt werden dürfen, denn 10 von den Operirten, die *vor* der Operation keine psychoneurotischen Erscheinungen aufwiesen, hatten auch *nach* der Operation keine solchen: andererseits hatten 54 der Operirten schon *vor* der Operation derartige Erscheinungen, von denen 16 allerdings *nach* der Operation noch einige neue psycho-neurotische Erscheinungen dazu bekamen. Die Erhaltung von Ovarialgewebe erwies sich als gleichgültig.

R. Klien (Leipzig).

418. **Endothelioma of the ovary, with report of a case of hemangio-endothelioma perivasculare;** by Ch. W. Barrett, Chicago. (Surg., Gyn. a. Obstetr. IV. 5. p. 549. May 1907.)

Eine 37jähr. Frau, die 3mal geboren hatte, darunter 2mal schwer mit Kunsthülfe und in der Folge mässige Zerreissungen und Gebärmuttervorfall gehabt hatte, erkrankte, nachdem sie 4 Wochen vorher ein Gefühl von Schwere im Unterleibe bemerkt hatte, mit heftigen Schmerzen während der Menstruation, Durchfällen und thonfarbigen Stühlen. Der Arzt fand eine massige Schwellung in der rechten Beckenseite, die rasch zunahm. 14 Tage nach dem Schmerzanfalle wurde Pat. in das Hospital aufgenommen. Befund: Alter Dammriss. Gebärmuttor mässig vergrössert, nach links verlagert; rechts eine grosse empfindliche Geschwulst im Becken. Puls 100—104, Temperatur normal.

Die vorgenommene Cöliotomie entleerte zunächst etwas blutige Flussigkeit; beim Verwälzen der mit der hinteren Fläche des rechten breiten Mutterbandes verlötheten Geschwulst, riss diese ab. Es wurden nun die Gebärmutter mit den linken Anhängen und das rechte breite Band entfernt. Es zeigten sich aber verschiedene Knötchen auf dem Bauchfelle des Douglas'schen Raumes, des Netzes und der Därme verstreut. Die Genesung war glatt, aber die Pat. war nie beschwerdefrei. Im hinteren Scheidengewölbe und in der Leistengegend entwickelten sich bald grosse Knoten und Pat. starb 2 Wochen nach Verlassen des Hospitals. Keine Sektion.

Die unregelmässig eiförmige Geschwulst wog 750 *g* und bestand aus 2 Hauptheilen, einem grösseren hirnartigen, aus Kapsel mit gallertartigem Inhalt bestehend, und einem kleineren, mehr soliden Theil. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulstmasse zeigte starke Zellenanhäufung, zahlreiche Blutgefässe mit intakter Intima, Lagerung der Zellen um diese herum, Verstopfung der Blutgefässe, Austritt von Blut, Nekrose des Geschwulstgewebes. Die Geschwulst bezeichnet B. danach, besonders da auch Neubildung von Lymphgefässen fehlte, als Hemangio-endothelioma perivasculare.

B. hat in ausführlicher Weise alle bisher beschriebenen Fälle von Endothelioma ovarii (mit den eigenen 85) zusammengestellt; ausserdem mag mancher Fall besonders in früherer Zeit unter die Gruppe der Sarkome gerechnet sein. Von den vorgeschlagenen Eintheilungen hält B. die Amann's für die geeignetste, nämlich in 3 Gruppen, Lymphangio-endothelioma intravasculare, Haemangio-endothelioma intravasculare und Haemangio-endothelioma perivasculare. Die Erkrankung kommt in allen Alterstufen vor, sie ist vom 7. bis 64. Jahre beobachtet worden, am häufigsten im Alter von 40 bis 50 Jahren. Charakteristisch ist der plötzliche Beginn der Erkrankung. Die Grösse der Geschwülste geht von Wallnussgrösse bis 84 Pfund, meist sind die Geschwülste kinds- oder mannskopfgross. 59mal war die Geschwulst einseitig, 21mal doppelseitig, 5mal war es zweifelhaft. Meist war Ascites vorhanden. Sehr häufig sind Metastasen. Als Complikationen sind erwähnt: Pneumonie, Pleuritis, Lungenembolie, Thrombose im Bein. 2mal fand die Geschwulstentwickelung in einem Leistenbruche statt. Einige Frauen starben an Bauchfellentzündung. Einmal kam es zur Ruptur der Geschwulst in den Darm. Ganz gewöhnlich sind cystische, myxomatöse, hyaline und kalkige Entartung der Geschwulst. 20 Frauen starben im 1. Monat nach Feststellung der Geschwulst, 34 sind als genesen bezeichnet, von denen aber 11 nach 6 Wochen bis zu 5 Jahren an Rückfall zu Grunde gingen und die übrigen meist nicht länger beobachtet wurden. In 31 Fällen ist nichts über Genesung oder Tod notirt.

J. Praeger (Chemnitz).

419. **Doppelseitiges metastatisches Ovarialcarcinom bei primärem Carcinom der Flexura sigmoidea;** von Dr. Friedrich Brunner in München. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 1. p. 128. 1907.)

61jähr. Frau (3 Geburten). Entfernung der beiden carcinomatösen Ovarialkystome nebst Uterus und Resektion des carcinomatösen Flexurstückes (End zu End) per laparotomiam. Ungestörte Heilung. Mikroskopisch liess sich mit Sicherheit feststellen, dass das Carcinom der Flexur der Primärtumor war; die Metastasen zeigten Hohlräume, deren Wände dargestellt wurden durch lückenlos aneinandergereihte grössere Becherzellen, die die Form der Lieberkühn'schen Drüsen täuschend nachahmten. Als Weg der Metastasirung nimmt B. für diesen Fall Implantation an.

Der Häufigkeit nach kommt für metastatische Ovarialcarcinome als Primärsitz weitaus als Erstes der Magen in Betracht, dann folgen Uterus, Darm, die Gallenwege; Carcinome der Mamma, Nebenniere und der äusseren Haut machen in den Ovarien selten Metastasen. Von den einzelnen Darmabschnitten kommen der Häufigkeit nach in Betracht: Rectum, Colon descendens, Coecum, Ileum,

Flexur. Von letzterer waren bisher nur 2 Fälle von Ovarialmetastasirung bekannt. Man muss bestrebt sein, den primären Herd bereits ante operationem zu diagnosticiren. Oft ist das unmöglich, ja selbst bei bereits geöffneter Bauchhöhle wird es nicht immer gelingen, den vielleicht recht kleinen primären Herd zu finden. R. Klien (Leipzig).

420. **Die Einschränkung des Leibschnittes durch vaginale Operationsmethoden**; von Dr. Hans Lehmann. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 4. 1908.)

Ein Dithyrambus auf den vaginalen Leibschnitt mit Vorführung des berühmten Dührssen'schen Falles von gelegentlicher Appendicektomie bei Entfernung eines 20 Liter enthaltenden, zum Theil mit Darm und Netz verwachsenen Ovarialkystoms bei einer Virgo, bei der allerdings erst durch Scheidendammincision Platz geschaffen werden musste, deren Hymen aber ebenso wie diese Incision durch Naht wieder tadellos verheilte. Uebrigens musste diese Pat. auch 14 Tage post operationem zu Bett liegen.

Man hat beim Lesen der Arbeit das Gefühl, als ob L. einige Jahre zu spät mit seiner Lobpreisung käme, denn dass die vaginalen Operationen in letzter Zeit wieder zu Gunsten der Laparotomie, und zwar nicht nur beim Uteruscarcinom, eingeschränkt worden, ist wohl nicht zu bestreiten. R. Klien (Leipzig).

421. **Zur Scopolamin-Morphium-Wirkung bei Geburten**; von W. Steffen. (Arch. f. Gynäkol. LXXXI. 2. p. 451. 1907.)

St. ist auf Grund von 320 Beobachtungen zu der Ueberzeugung gekommen, dass das Scopolamin-Morphium die in vielen Fällen wünschenswerthe Wirkung der Ausschaltung der Wehen- und Geburtschmerzen und Erleichterung der Geburtarbeit durch Hervorrufen eines Schlafzustandes nicht zeigt. Führt es auch in einer Minderzahl zur Herabsetzung und Abstumpfung der Schmerzempfindlichkeit, so treten doch in der Mehrzahl ungünstige Nebenwirkungen auf: nämlich Herabsetzung der Wehenthätigkeit bis zum Stillstande der Geburt, Schwanken der kindlichen Herztöne, Oligo-Apnöe des Kindes einerseits und Steigerung der Schmerzempfindlichkeit, motorische Unruhe, Verwirrtheit gesteigert bis zum halluzinatorischen Delirium andererseits. Sie allo lassen die Brauchbarkeit der Vereinigung von Scopolamin und Morphium als sehr unvortheilhaft erscheinen. St. kann somit der Scopolamin-Morphiumanwendung in der Geburtshülfe nicht jene ideale Wirkung zuerkennen, die Gauss ihr beilegt, sondern hält sie für ungenügend bezüglich des gewünschten Effektes, für nicht ungefährlich mit Rücksicht auf Mutter und Kind, für nicht empfehlenswerth in der Privatpraxis, namentlich auch deshalb nicht, weil der Arzt wegen der unberechenbaren Nebenwirkungen jeden Augenblick erreichbar sein muss. Kamann (Magdeburg).

422. **Scopolamin-Morphium bei Geburten**; von Dr. K. Mayer. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 21. 1908.)

M. hat in der Marburger Klinik 50 Frauen genau nach den Gauss'schen Vorschriften behandelt und etwa die gleichen, im Allgemeinen nicht ungünstigen Erfahrungen gemacht, wie sie Gauss auf Grund von 1000 Fällen publicirt hat. Indessen betont M. mit Recht, dass sich die Methode *nur in Instituten* ausführen lässt, wo ein Arzt ständig controlirt. Der *Praktiker* kann aus der Methode vorerst *keinen* Nutzen ziehen. Da aber sogar in den Kliniken zuweilen unangenehme Begleiterscheinungen sich ereignen, hat man in Marburg die Methode gänzlich aufgegeben, zu Gunsten eines anderen Verfahrens, über das demnächst berichtet werden soll.

R. Klien (Leipzig).

423. **Ueber Amaurose in der Schwangerschaft**; von Dr. Ernst Holzbach. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 21. 1908.)

H. bespricht die sogen. Neuritis optica e graviditate, eine in und durch die Schwangerschaft auftretende doppelseitige Augenerkrankung, die unter dem Bilde einer interstitiellen Entzündung des Sehnerven allmählich zur Opticusatrophie und damit zur völligen Erblindung führt. Da mit dem Augenblicke der Unterbrechung der Schwangerschaft der Process Halt macht, ist diese geboten, sobald die Diagnose gestellt ist. War der Opticus noch nicht zu schwer geschädigt, so gehen die Erscheinungen am Nerven im Wochenbette zurück und es kann zu ziemlicher Wiederherstellung des Sehvermögens kommen. In einem Falle, den H. beschreibt, wurde die Sehkraft des rechten Auges leidlich wieder hergestellt, auf dem linken war es bereits zu völliger Opticusatrophie gekommen. Da diese wie einige andere Augenaffektionen bei folgenden Schwangerschaften zu recidiviren pflegt, und die Frau bereits 8 lebende Kinder hatte, wurde die Tubensterilisation an ihr vorgenommen. Ueber diesen Eingriff will H. von Fall zu Fall auf Grund des augenärztlichen Votum entschieden wissen.

R. Klien (Leipzig).

424. **Nebenniere und Osteomalacie**; von Prof. Bossi. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 6. 1907.)

Im Anschlusse an seine Mittheilung im Centr.-Bl. Nr. 3 berichtet B. über den weiteren Verlauf der Adrenalinkur. Die Pat. vertrug noch 16 weitere Einspritzungen; die Zwillingschwangerschaft dauerte fort, das Becken gestattete allmählich dem schwangeren Uterus, sich einzuschieben. Am 7. Januar spontane Geburt zweier lebender Kinder von 2700 und 3250 g. Wochenbett regelmässig. Die Mutter stillt.

Bei einer 2. Schwangeren im 6. Monate mit Osteomalacie hat B. ebenfalls mit der Adrenalinkur begonnen, und zwar wieder mit bisher gutem Erfolge. Einem Mutterschafe entfernte B. die rechte Nebenniere; nach 8 Tagen traten Verbiegungen der Gelenke am ganzen Körper auf, das Thier konnte nicht mehr aufstehen. B. hält mit seinem Urtheile noch vorsichtig zurück.

R. Klien (Leipzig).

425. **Die Behandlung der Eklampsie**; von Osterloh in Dresden. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 11. 1908.)

O. vergleicht die Behandlung der Eklampsie vor 35 Jahren mit der gegenwärtigen, die von O. jetzt befolgte Therapie ist etwa die folgende:

Bei drohender Eklampsie in der Schwangerschaft, d. h. wenn trotz der Behandlung sich der Eiweissgehalt des Harnes vermehrt, die mikroskopische Untersuchung eine schwere Nierenerkrankung nachweist und gleichzeitig anhaltend und schnell die täglich ausgeschiedene Harnmenge herabgeht, wird die Schwangerschaft unterbrochen: Dilatation nach Bossi oder mit Laminaria bis zur Möglichkeit der Einführung eines Gummiballons (Kolpeurynter, Tarnier'sche Gummiblase, Barnes-Fehling'scher Metreurynter) und dann Leitung und eventuell Beendigung der Geburt nach den allgemeinen Grundsätzen. Tritt Eklampsie bei erhaltenem Mutterhalse und nicht geöffnetem Muttermunde ein: „Bossi" eventuell bis zur Erweiterung, die die Entbindung gestattet. Auch tiefe Cervixincisionen hat O. zum gleichen Zwecke mit Erfolg gemacht. Da, wo der Zustand ein schonenderes Verfahren gestattet, z. B. wo leichtere und seltenere Anfälle und Wiederkehr des Bewusstseins nach dem Anfalle beobachtet wurden, wurde von O. die Metreuryse angewandt; manchmal folgte der Ausstossung des Metreurynters unmittelbar die spontane Geburt. Wenn beim Ausbruche eklamptischer Krämpfe die Weite der Geburtwege ohne Weiteres die Entbindung gestatteto, so wurde diese auch sofort vorgenommen.

O.'s Behandlung der Eklampsie bestand ferner in Aderlass von 200—600 ccm bei hartem, vollem Puls, starker Cyanose und beginnendem Lungenödem, in wiederholten subcutanen Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung von je 1000 bis 1500 ccm, Morphium subcutan, in 7 Fällen mit Scopolamin, Chloralhydrat im Klystier; gegen Collapserscheinungen Aether mit Kampher subcutan; später Coffein. natr. salicyl. zur Diurese; Bestrahlung mit elektrischen Glühlampen zur Diapherese.

O. beabsichtigt, in der Zukunft nach Stroganoff während der Anfälle Sauerstoffinhalationen versuchsweise zu gebrauchen und gegen die Collapserscheinungen nach Bumm Herzmassage anzuwenden. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

426. **Ein Fall von Nierendekapsulation bei Eklampsie;** von Elis Essen-Möller in Lund. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 14. 1908.)

E.-M. berichtet über einen Eklampsiefall, in dem nach der Entbindung durch den vaginalen Kaiserschnitt noch 5 Anfälle auftraten. Erst 33 Stunden post partum wurde die Dekapsulation vorgenommen: 5 Stunden danach Tod im fortwährenden Koma. E.-M. verhält sich der Operation gegenüber etwas sehr skeptisch, giebt aber zu, dass vielleicht ein früheres Eingreifen die Frau gerettet haben könnte. Trotzdem will sie die Dekapsulation nur als Ultimum refugium betrachtet wissen in schwersten Fällen, z. B. bei totaler Anurie. R. Klien (Leipzig).

427. **Beitrag zur Nierendekapsulation bei Eklampsie;** von Dr. Emil Haim in Budweis. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXVII. 28. 1903.)

Eine 30jähr. Drittgebärende wurde im eklamptischen Koma (nach 3 Anfällen) in das Spital gebracht; dort erfolgte sehr bald die Spontangeburt eines lebenden Knaben; trotzdem hielt der Zustand an, es traten nach einer Pause auch wieder klonische Krämpfe auf. Daher 6 Stunden post partum beiderseitige Dekapsulation der nicht vergrösserten, weichen Nieren ohne Narkose. 3 Stunden post operationem Tod. Die Untersuchung der Nieren ergab parenchymatöse Nephritis. Dieser Fall gehört offenbar zu den malignen; diese erkennen zu lernen, muss Aufgabe für die Zukunft sein. R. Klien (Leipzig).

428. **Die suprasymphysäre Entbindung;** von Paul Baumm. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 14. 1908.)

B. hat 2 inficirte Frauen (übelriechendes Fruchtwasser, Fieber) dem *extraperitonäalen* suprasymphysären Kaiserschnitt nach Frank unterworfen. Die eine Kr. starb an einer enorm jauchenden Phlegmone des Beckenzellengewebes. Deshalb warnt B. davor, die Operation bei „schwerer" Infektion zu machen; hier ist es eben auch heute noch am Sichersten zu perforiren. Für reine Fälle dagegen bekennt sich B. als Anhänger der suprasymphysären Entbindung gegenüber dem klassischen Kaiserschnitte und der Pubiotomie und berichtet über 3 weitere günstige Fälle. B. operirt transperitonäal mit querer Durchtrennung und späterer Naht des Peritoneum parietale und uterinum. R. Klien (Leipzig).

429. **Ueber Sellheim's extraperitonäalen cervikalen Kaiserschnitt;** von Otto Küstner. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 16. 1908.)

K. hat mit Erfolg 2mal nach der ursprünglichen, rein extraperitonäalen Methode nach Sellheim operirt, also mit Anwärtsschieben der uneröffneten Plica vesicouterina. Das sei eine ganz anders zu bewerthende Operation wie die später von Sellheim und Pfannenstiel angewandte transperitonäale Methode, die jedoch in *reinen* Fällen ebenfalls unverkennbare Vortheile vor dem klassischen Kaiserschnitte habe. Die *erstere* Operation wurde erdacht für *inficirte* Frauen. Die Zukunft muss indessen lehren, ob sich nicht die Fälle häufen werden, in denen ein rein extraperitonäales Vorgehen technisch unmöglich ist. Ob ausser saprischen auch Streptokokkenkranke diesem Verfahren unterworfen werden dürfen, ist auch noch zweifelhaft [vgl. die Baumm'schen Fälle. *Ref.*] R. Klien (Leipzig).

430. **Für den extraperitonäalen Kaiserschnitt;** von Dr. F. Frommo in Halle a. d. S. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 17. 1908.)

Während man in Halle den klassischen Kaiserschnitt für alle sicher Aseptischen beibehalten will, soll der extraperitonäale angewandt werden bei allen Frauen, die kurz vor oder während der Geburt innerlich untersucht worden sind; ferner bei Erstgebärenden an Stelle der hier gefährlicheren Hebosteotomie, endlich bei drohender Uterusruptur und lebendem Kinde und bei verschleppter Querlage und lebendem Kinde. Man hat in der Hallenser Klinik die Technik wesentlich vereinfacht gegenüber der von Frank und von Sellheim. Allerdings ist es streng genommen *kein extraperitonäaler Kaiserschnitt mehr,* denn es werden sowohl parietales, wie verschiebliches Uterusperitonaeum sagittal gespalten und nur temporär miteinander vernäht. Es wird also *nach Eröffnung der Bauchhöhle* nur ein temporärer Abschluss hergestellt, der vor der

Naht wieder gelöst wird, es sei denn, dass bereits Infektionfieber vorhanden ist. R. Klien (Leipzig).

431. **Ein Fall von cervikalem Kaiserschnitt;** von Dr. F. Spaeth. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 20. 1908.)

Sp. ist es ebenfalls wie Pfannenstiel und Sellheim selbst gegangen: aus der ursprünglich extraperitonäal gedachten Operation wurde zwangshalber eine transperitonäale. Das macht bei nicht Inficirten nichts aus und für diese bedeutet der cervikale Kaiserschnitt einen grossen Fortschritt gegenüber dem klassischen. Bei Inficirten will Sp. von einer chirurgischen Entbindungsart nichts wissen, sondern perforiren. Nur wenn unter allen Umständen ein lebendes Kind verlangt wird, würde er sich zur Porro-Operation entschliessen.

R. Klien (Leipzig).

432. **Die Entbindung durch die „Uterusbauchdeckenfistel";** von Hugo Sellheim. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 20. 1908.)

S. empfiehlt bei inficirten Frauen, sowohl das Peritonaeum parietale, als das uterine, als schliesslich die Wundränder der eröffneten Cervixwand selbst an die Bauchwand, bez. Bauchhaut anzunähen und nun durch diese „Fistel" das Kind zu extrahiren. Tamponade. Später soll durch eine Nachoperation die Cervixwand wieder gelöst und Schicht für Schicht vernäht werden. Eine Frau ist so mit Erfolg behandelt worden. R. Klien (Leipzig).

433. **Eine chirurgische Behandlung der Beckenstenosen durch eine ständige Erweiterung des Beckens;** von Dr. Guido Lerda. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 1. 1908.)

L. hat eine ähnliche osteoplastische Methode zur dauernden Erweiterung des Beckens erdacht, wie sie seiner Zeit B. Crudé angegeben hat. Vorläufig hat L. erst an Leichen operirt. L. ist ebenso wie Credé Chirurg und überlässt die Beurtheilung des geburthülflichen Werthes seiner Operation versichtiger Weise den Geburthelfern. R. Klien (Leipzig).

434. **Die bleibende Erweiterung des engen Beckens;** von Dr. G. Schickele in Strassburg i. E. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 17. 1908.)

Während die osteoplastischen Methoden der Beckenerweitnrung, wie sie von Frank, Fenomenow und Kotschotkow, Credé u. A. angegeben sind, theils sehr complicirte Operationen, in ihrer Wirkung aber sämmtlich unzuverlässig, bez. unzureichend sind, scheint der Erfolg des Seh.'schen treppenförmigen Sagittalschnittes ein dauernder zu sein, wenigstens entstand in dem einen Falle, den Seh. bisher an der Lebenden beobachten konnte, eine dauernde Erweiterung dadurch, dass die beiden lamellösen Knochenenden atrophisch und durch eine 4 cm lange Bindegewebebrücke vereinigt waren. Gehstörungen bestanden nicht. Allerdings dürfte sich die Methode nur als Schnitt-, kaum als Stichmethode durchführen lassen. R. Klien (Leipzig.)

435. **Osteoplastische Beckenerweiterung;** von Dr. P. Mathes. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 16. 1908.)

M. hat an der Leiche ein Verfahren versucht, bei dem ein von hinten aussen nach vorn innen abgeschrägter centraler, die Symphyse enthaltender Knochenkeil aus der vorderen Beckenwand ausgemeisselt wird. Dieses Knochenstück wird nach vorn geklappt, so dass es vor den früheren Contur des Beckenringes zu liegen kommt; es soll so einheilen vermittels eines temporär dahinter geklemmten Metalldrahtes. Da aber der Bandapparat am unteren Ende der Schossfuge geschont werden soll, dürfte es zweifelhaft sein, ob der angegebene Zuwachs des geraden Durchmessers um 2 cm auch die C. obstetricia betrifft. [*Ref.*] M. will (wie Credé) ausserhalb der Schwangerschaft operiren, aber erst dann, wenn die erste Entbindung in Folge von Beckenenge misslungen ist.

R. Klien (Leipzig).

436. **Weiteres über meine Pelvioplastik;** von B. Credé. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 9. 1908.)

C. berichtet über das weitere Wohlbefinden der Frau, an der er vor 2 Jahren seine „Pelvioplastik" ausgeführt hat. C. hatte bei der Untersuchung ca. 1½ Jahre nach der Operation den Eindruck der vollkommenen Verknöcherung des Beckenringes, „der aber ganz deutlich auf der linken, d. h. der operirten Seite weiter ausgebuchtet war". Auch eine Röntgenaufnahme liess keinen Zweifel darüber, dass das implantirte Knochenstück in der Breite von etwa 2 cm knöchern eingeheilt ist. Es sei demnach thatsächlich „eine dauernde solide Erweiterung des Beckenringes" erzielt worden. Leider giebt aber C. auch in dieser Veröffentlichung, obwohl seiner Zeit vom *Ref.* darauf hingewiesen wurde, keine geburtshülflich verwerthbaren Beckenmaasse an, so dass der geburtshülfliche Werth seiner Pelviplastik noch eben so unbewiesen ist wie früher. Das hindert jedoch C. nicht zu verlangen, „dass verheirathete Frauen mit stark verengtem Becken am besten schon vor der Schwangerschaft, jedenfalls aber in der ersten Hälfte derselben, pelvioplastisch operirt werden müssen" und zwar bis auf Weiteres vom — Chirurgen!

R. Klien (Leipzig).

437. **Aus einer Hebammenlehranstalt,** *harmlose Plauderei des Hebammen-„Schullehrers"* Fr. Torggler in Klagenfurt. (Sondr.-Abdr. aus d. Gynäkol. Rundschau Heft 10. 1907.)

T. weist die Behauptung, dass die Kinderernährung von den Hebammenlehrern als Nebensache behandelt werde, mit Entschiedenheit zurück. Die Forderung, dass der Unterricht in der Säuglingernährung von einem Kinderarzte ertheilt werde, ist nach T. völlig widersinnig; mit demselben Rechte müsse man dann auch einen Anatomen, Histologen, Embryologen, Internisten, Chirurgen, Hygieniker, Syphilidologen, Dermatologen, Oculisten, Psychiater, Nervenpathologen und Pathologen für den Hebammenunterricht zuziehen.

Um das Selbststillen der Mütter zu fördern, ist nach T. in erster Linie dahingehende Belehrung der Hebammen nothwendig; diese müssen die Mütter zum Stillen anhalten. Die Hebammentagebücher sollten eine Rubrik zum Eintragen der Art der Kinderernährung haben: wenn die Mutter nicht stillt, müsste der Grund des Nichtstillens angegeben werden. Nur dann ist nach T. auch eine Controle der Hebammen durch die Amtsärzte möglich. T. fordert schliesslich die Einführung von Fortbildungkursen für die Hebammen, wie solche in anderen Staaten schon lange abgehalten werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

438. **Die venerische Ansteckung der Hebammen im Beruf und die Nothwendigkeit eines Hebammenversicherunggesetzes für das deutsche Reich,** *nebst einer Zusammenstellung der Literatur;* von Dr. Carl Schindler in Berlin. (Als Manuskript gedruckt. Druck von L. Schumacher in Berlin. 38 S.)

Sch. nahm als Assistent der Neisser'schen Klinik in Breslau in einem Monate nicht weniger als 3 Hebammen auf, die sich in ihrem Beruf mit Syphilis angesteckt hatten. Diese sich häufenden Unglücksfälle gaben Sch. die Anregung zum Studium der im Hebammenberuf entstandenen Ansteckungen mit Syphilis.

Die *Ansteckung der Hebamme* erfolgt an der *Mutter* entweder durch die primären neugebildeten syphilitischen Produkte oder durch die sekundären Produkte der latenten, verborgenen Syphilis, durch die Schleimhautflecke. An den äusseren Geschlechtstheilen braucht dabei nichts zu sehen oder zu bemerken zu sein; die Syphilisansteckung der Gebärenden kann 3—4 Jahre vor der Geburt erfolgt sein. Auch das Fruchtwasser einer syphilitischen Gebärenden ist ansteckend.

Bei dem *Kind* kann sich die Hebamme anstecken an syphilitischen Blasen und Ausschlägen, an faultodten Früchten, am Kindspech, an sulzigen Nabelschnüren, am Blut und an der Nachgeburt. Der Schleim syphilitischer Neugeborener ist schliesslich sehr ansteckend.

Der Fingerschanker der Hebammen wird oft verkannt und zuerst falsch behandelt; in Folge diagnostischer Irrthümer haben Hebammen sogar Verstümmelungen der Finger erlitten.

Die syphilitische Hebamme muss ausreichend und lange genug mit Quecksilber behandelt werden, sie muss in den ersten 4—5 Jahren beständig auf sich achten, ob neue Erscheinungen und Nachschübe auftreten. Die Hebamme darf ihren Beruf nicht ausüben, sobald sie irgend eine verdächtige Blüthe, irgend ein Knötchen oder Flecke an ihren Händen bemerkt. Auch wenn sie irgend eine Flechte nicht syphilitischer Natur an den Händen oder Armen hat, darf eine syphilitische Hebamme ihren Beruf nicht ausüben. Roseolaflecke an den Händen verbieten ebenfalls die Ausübung der Praxis; diese hält Sch. für ganz besonders ansteckungsgefährlich. Wenn die erkrankte Hebamme aber gesunde Hände und Arme hat, will ihr Sch. das Prakticiren nicht verbieten und nur für eine sehr sorgfältige und regelmässige Ueberwachung und für eine sehr energische chronisch intermittirende Behandlung sorgen.

In der neusten Zeit sind Syphilisepidemien und Endemien durch Hebammen in Deutschland nicht mehr verbreitet worden; die letzte derartige epidemische Verbreitung in Deutschland kam 1811 in Schlesien vor und betraf 50 Gebärende. Die überhaupt grösste Epidemie wurde 1873 aus Brive in Frankreich berichtet; es erkrankten bei ihr über 100 Gebärende.

Die Verhütung der venerischen Ansteckung der Hebammen im Beruf erscheint Sch. nach wie vor schwer möglich; auch der Gummihandschuh vermag keinen absoluten Schutz zu geben.

Die Linderung des Unglücks, das durch eine Ansteckung über die Hebamme und deren Familie hereingebrochen ist, kann nach Sch. nur durch eine Versicherung der Hebammen bewirkt werden.

Aus verschiedenen statistischen Zusammenstellungen des In- und Auslands berechnet Sch., dass von den im Jahre 1898 in Deutschland thätigen Hebammen 157 an Syphilis erkrankt seien. Auf 235 Hebammen käme 1 Syphilitische = 0.4%, und bei 2000000 Entbindungen hätten sich 157 Hebammen syphilitisch inficirt.

Sch. erklärt es für eine Nothwendigkeit, für eine Forderung der Gerechtigkeit, dass die Hebamme für die Ansteckung mit Syphilis im Beruf und die oft sehr schweren gesundheitlichen und wirthschaftlichen Folgen ausreichend entschädigt wird. Er hält es für am leichtesten und einfachsten, eine *Unfall-, Kranken- und Invaliditätsversicherung für die Hebammen* zu schaffen, wenn eben die Gebärenden selbst, da sie die Hebammen durch Ansteckung schwer gefährden und gefährdet haben, auch die Unfallentschädigungen der Hebammen aufbringen. Da schon ein grosser Ueberschuss bliebe, wenn die Versicherungmarke nur 30 Pf. für jede Entbindung beträgt, so könnten nach Sch.'s Vorschlag einmal zur Errichtung einer allgemeinen, auch Krankheit, Invalidität und das Pausirenmüssen umfassenden Versicherung die Hebammen selbst noch etwas beitragen, und das andere Mal könnte erwogen werden, ob bei jeder Entbindung nicht anstatt einer 30 Pf.-Marke eine 50 Pf.-Marke für die Hebammen geklebt werden solle.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

439. **Kefirmilch als Säuglingsnahrung;** von Dr. K. Dresler. (Med. Klinik IV. 27. 1908.)

D. giebt ein einfaches Verfahren zur Herstellung von Kefirmilch an und empfiehlt diese als sehr gut bekömmlich und billig zur Ernährung gesunder und kranker Säuglinge. Dippe.

440. **Ueber Yoghurtmilch als Säuglingsnahrung;** von Dr. Max Klotz. (Jahrb. f. Kinderhkde. N. F. XVII. Erg.-Heft p. 1. 1908.)

K. sucht die Begeisterung der französischen Aerzte über dieses neueste Allheilmittel etwas zu dämpfen. Er beschreibt es ausführlich und schildert dann die Erfahrungen die im Krankenhause Altstadt zu Magdeburg damit gemacht sind.

Bei akuten „Toxikosen der Sommermonate" zeigte die Yoghurtmilch gegenüber der gewöhnlichen Kuhmilch keine Vorzüge, bei chronischen Erkrankungen der Verdauungsorgane mit den bekannten Störungen wirkte sie oft recht günstig, bei Rhachitis liess sie vollkommen im Stiche, bei Ekzem steht sie der Finkelstein'schen molkenarmen Labmilch gleich und verdient Anwendung. Dippe.

441. **1) Die Rhachitis;** von Dr. B. Gutmann in Würzburg. (Würzb. Abhandl. VIII. 5. 1908.)

2) Die Behandlung der Rhachitis. *Klin. Vortrag;* von F. Siegert. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 11. 1908.)

Beide Arbeiten fassen Bekanntes und Bewährtes zusammen. Zur Verhütung der Rhachitis bleibt eine richtige Ernährung und Pflege der Säuglinge die Hauptsache. Keine Ueberfütterung und bei künstlicher Ernährung frühzeitiger Uebergang zur gemischten Kost mit Bevorzugung der pflanzlichen Nahrungsmittel. Unter den Heilmitteln stellen G. und S. mit Recht den Phosphor obenan. Dippe.

442. **The etiology of rickets,** *a clinical and experimental study;* by Leonhard Findlay. (Brit. med. Journ. July 4. 1908.)

F. glaubt nicht an die Bedeutung der Ernährung für die Entstehung der Rhachitis und hält für die Hauptsache Mangel an frischer Luft und Bewegung. Dippe.

443. **Nebennieren und Rhachitis;** von Prof. W. Stöltzner. (Med. Klinik IV. 18—22. 1908.)

In ausführlicher Weise begründet St. seine Lehre von der Insufficienz der Nebenniere als Ursache der Rhachitis — und der Osteomalacie. Bei der Rhachitis bleibt die neugebildete Knochensubstanz osteoid. Es fehlt eine physiologische Einwirkung, die zur eigentlichen Knochenbildung führt, und diese Einwirkung liegt im Suprarenin. Dippe.

444. **Ueber die Bedeutung der Nebennieren in der Pathologie und Therapie der Rhachitis;** von Dr. Robert Quest. (Ztschr. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. V. 1. p. 43. 1908.)

Qu. widerlegt die Annahme Stöltzner's von dem Zusammenhange zwischen Nebenniere und Rhachitis. Die Nebennierenpräparate helfen gegen Rhachitis eben so wenig wie Thyreodin und Thymusdrüsenextrakt.

Die nach Adrenalineinspritzungen auftretende Glykosurie, die Veränderungen im Stickstoff- und Kalkstoffwechsel, sowie die Erkrankungen der Arterien möchte Qu. auf eine Giftwirkung zurückführen. Dippe.

445. **Ueber sogenannte angeborene und über frühzeitig erworbene Rhachitis;** von Dr. E. Wieland. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 6. p. 675. 1908.)

W. sucht aus einem grossen Materiale (Baseler Kinderklinik) die Frage nach der angeborenen Rhachitis zu lösen und kommt zu folgenden Ergebnissen:

„Von sämmtlichen, bei Neugeborenen gelegentlich nachgewiesenen klinischen Symptomen angeborener Rhachitis ist der *Weichschädel* das weitaus wichtigste und charakteristischste. Der angeborene Weichschädel findet sich bei mindestens 20% aller ausgetragenen oder gegen Ende der Schwangerschaft geborenen, anscheinend gesunden Kindern und ist charakterisirt a) durch seine Lokalisation (vorwiegend Scheitelgegend, höchst gelegene Kopfpartie, sogen. *Kuppenerweichung*), b) durch typischen Palpationsbefund (abwechselnd häutige und federnde Schädelzonen), c) durch seine Neigung zu spontaner Rückbildung ohne Hinterlassung übler Folgen. Meist schon wenige Wochen nach der Geburt, selten erst gegen Ende des ersten Trimesters oder gar zu Beginn des zweiten Trimesters sind die betreffenden weichen Köpfe gleichmässig hart und von solchen normaler, gleichalteriger Säuglinge nicht mehr zu unterscheiden.

Die fortlaufende klinische Beobachtung sämmtlicher rhachitisverdächtiger Neugeborener, speciell der Weichschädelkinder, lehrt, *dass alle diese vielfach mit Rhachitis zusammengeworfenen, angeborenen Skeletanomalien mit echter Rhachitis weder direkt, noch indirekt das mindeste zu thun haben*, sondern eigenartige, erst theilweise erforschte Störungen und Entwickelungsrückständigkeiten darstellen. Mehr als die Hälfte der Kinder mit Weichschädel erkranken späterhin an Rhachitis. Diese Zahl entspricht der üblichen Rhachitisquote im Säuglingsalter. Die Rhachitis führt, je nach ihrem zeitlichen Einsetzen (d. h. ob *vor* oder erst *nach* erfolgter Consolidirung der Schädeldefekte!), zu verschieden hochgradiger, *sekundärer* Schädelerweichung: ein Vorgang, der vielfach als angeborene, fortschreitende Craniotabes gedeutet worden ist.

Diese sekundäre, oder richtiger, diese gewöhnliche rhachitische Schädelerweichung (*Elsässer's Craniotabes*) beginnt ausnahmslos in den *hintersten, untersten* Schädelpartien, d. h. an derjenigen Schädelpartie, wo während des ersten Lebensjahres physiologisch ein gewisser Knochenmangel herrscht (Friedleben's Pseudorrhachitis!). In der anatomischen Minderwerthigkeit des betreffenden Schädelabschnittes, gleichsam einem *physiologischen Locus minoris resistentiae*, ist auch der Grund zu erblicken für die *Constanz*, mit der hier zu allererst beim jungen Säugling der rhachitische Process klinisch nachgewiesen werden kann (*Frühdiagnose der gewöhnlichen Säuglingsrhachitis*). Diese Craniotabes kann *lokal* jeder Zeit ausheilen; aber nie, ohne dass weiterhin charakteristische Symptome überstandener Rhachitis nachweisbar wären (im leichtesten Falle bloss verspätete oder unregelmässige Dentition, unbedeutende Störungen der Lokomotion, Muskelschlaffheit und Verzögerung des Fontanellenschlusses).

Sehr frühzeitige Rhachitiserkrankung führt beim Weichschädelkinde nicht bloss zu der charakteristischen Erweichung des hinteren Schädelabschnittes, sondern ausserdem *zur Vergrösserung*

der scheitelständigen Schädeldefekte auf rhachitischer Basis (fortschreitender Weichschädel). Charakteristisch für den klinischen Verlauf dieser eigenartigen und bisher verkannten Fälle ist das *Missverhältniss zwischen der Schwere der Schädelaffektion* (Kautschukschädel) und *der Raschheit ihres Abklingens* (in Folge spontaner, gesetzmässiger Rückbildung der nicht rhachitischen Defekte!), bez. der Leichtigkeit der hinterbleibenden rhachitischen Allgemeinsymptome. Durch Phosphorbehandlung lässt sich der Verlauf solcher, bloss *scheinbar* schwerer Rhachitisfälle noch mehr beschleunigen.

Klinisch lässt sich Rhachitis beim Neugeborenen überhaupt nicht nachweisen. Die anders lautenden Angaben vieler Kliniker dürften auf einer Verkennung des Wesens gewisser angeborener Skeletanomalien, speciell des Weichschädels, und auf einer verzeihlichen Verwechselung mit der, in mehr als der Hälfte der Fälle sekundär und oft sehr frühzeitig hinzutretenden, gewöhnlichen Säuglingsrhachitis beruhen. Die Rhachitisdiagnose beim Neugeborenen kann daher bestenfalls eine *histologische* sein.

Was von den Erzengern, speciell von der Mutter, auf die Frucht intrauterin übertragen wird, ist höchstwahrscheinlich nicht die Krankheit selbst, sondern bloss die *Disposition* zu Rhachitis."

Dippe.

446. **Le rachitisme congénital;** par le Dr. Marfan. (Semaine méd. Oct. 10. 1906.)

Die Mehrzahl der französischen Aerzte will von einer angeborenen Rhachitis nichts wissen. M. ist auf Grund von 4 Beobachtungen, die er mittheilt, anderer Ansicht geworden und erkennt eine angeborene Rhachitis an. Er hält sie für selten und unterscheidet 4 Formen: 1) Angeborene latente Rhachitis, die bei der Geburt nur mikroskopisch nachweisbar ist. Erst mehrere Wochen nach der Geburt werden die Symptome sichtbar. 2) Angeborene Rhachitis bei früh- und todtgeborenen Kindern, die oft mit Missbildungen der inneren Organe behaftet sind. Die Unterscheidung von der Achendroplasie und periostealen Dystrophie ist makroskopisch nicht immer möglich. 3) Eine Form, bei der die Kinder mit ausgebreiteten, aber leichten Erscheinungen der Rhachitis zur Welt kommen, die, sofern keine Infektionen erfolgen, nicht zu stärkeren Verbildungen führen, nach der Geburt ein wenig zunehmen und gegen das Ende des 2. Jahres schwinden. (Seltene Form.) 4) Die Kinder kommen lediglich mit ausgesprochener Craniotabes zur Welt. Später entwickeln sich die übrigen Zeichen der Rhachitis. (Häufigste Form.)

M. glaubt, dass jede toxische oder infektiöse Schädigung, die zu einer bestimmten Phase der Entwickelung auf die Knochen einwirkt, sei es kurz vor, sei es kurz nach der Geburt, bei einer gewissen Disposition Rhachitis erzeugen kann.

Brückner (Dresden).

447. **Ueber späte Rhachitis (Rhachitis tarda);** von Dr. Erwin Micsewicz. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 27. 1908.)

M. beschreibt einen Fall, den er mit Sicherheit für Spätrhachitis hält. Von einer solchen darf man sprechen, wenn das Leiden nach dem 10. Lebensjahre beginnt, wenn die langen Röhrenknochen verunstaltet und die Epiphysen aufgetrieben sind, wenn das Röntgenbild an der Grenze von Epi- und Diaphyse das charakteristische Aussehen zeigt, wenn das Leiden bei richtiger Behandlung günstig verläuft.

Dippe.

448. **Le rachitisme dans ses rapports avec la déformation ogivale de la voûte palatine et l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx;** par Marfan. (Semaine méd. XXVII. 38. p. 445. 1907.)

Der hochgewölbte Gaumen der Säuglinge wurde bisher vorwiegend auf die Hypertrophie des lymphatischen Rachenringes bezogen. Neveu brachte ihn in Beziehung zur Dolichocephalie, womit sich M. nicht einverstanden erklärt. Er bringt vielmehr die ältere Anschauung wieder zu Ehren, wonach der Spitzbogengaumen als Ausdruck der Schädelrhachitis zu betrachten ist. Mit Lues, Lymphatismus und Scrofulose hat er sicher gar nichts zu thun. Die Rhachitis geht nun sehr häufig mit Hypertrophie des lymphatischen Rachenringes einher und erzeugt die als Hühnerbrust bekannte Thoraxdeformität, die fälschlich als Folge der behinderten Nasenathmung angesehen worden ist. Hypertrophie des lymphatischen Gewebes im Nasenrachenraum erschwert bei den Kindern mit hohem, spitz gewölbtem Gaumen die Athmung um so eher, als sie auch sehr enge Nasengänge haben. M. fasst die rhachitischen Knochenveränderungen und die Hyperplasie des lymphatischen Gewebes als Aeusserungen ein und derselben Krankheit auf. Er stellt sich vor, dass chronische Intoxikationen und Infektionen im Knochenmarke Reaktionen auslösen, die in einer Vascularisation und Proliferation bestehen, durch die Havers'schen Kanälchen auf das Periost übergreifen und schliesslich das gesammte hämatopoetische System ergreifen. Auf diese Weise erklärt sich die Häufigkeit der Mandelhyperplasie bei den rhachitischen Kindern.

Brückner (Dresden).

449. **Vergleichend-therapeutische Versuche bei Rhachitis;** von Paul Sittler. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 29. 1907.)

S. hat an „200 Kindern mit mehr oder weniger schweren, zum Theil sogar sehr schweren Symptomen von florider Rhachitis" 15 Medikamente erprobt, und zwar wurden „jedem Patienten während der Dauer von mindestens $1^1/_2$—2 Monaten und länger eines der Präparate allein oder Combinationen von mehreren Präparaten gegeben". S., der keine Krankengeschichten anführt, bewährten

sich am meisten Nucleinsäurepräparate. Es ist hervorzuheben, dass S. versucht hat, die medikamentöse Beeinflussung des rhachitischen Knochenprocesses bei einigen Skeletdiffermitäten mit eigens von ihm angegebenen Methoden durch Messung zu controliren. Neumark (Dresden).

450. **Spasmophilie und Calcium**; von Dr. Hans Risel. (Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 3 u. 4. p. 185. 1908.)

Stoeltzner hat gemeint, die Tetanie beruhe auf einer Kalkstauung in Folge von ungenügender Kalkausscheidung durch den Darm. R. stellte demgegenüber fest, dass Calciumzufuhr bei spasmophilen Kindern die galvanische Erregbarkeit der peripherischen Nerven nicht steigert und „dass das klinische Experiment nichts dafür erbringt, dass das Calcium auf das Zustandekommen der Spasmophilie auch nur annähernd einen gleichen Einfluss hat, wie die Kuhmilch". Dippe.

451. **Ueber Epithelkörperbefunde bei galvanischer Uebererregbarkeit der Kinder**; von Dr. J. Yanaso in Japan. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. Erg.-H. p. 57. 1908.)

Die ausführliche Wiedergabe der bereits kurz von uns erwähnten interessanten Untersuchungen Y.'s in der Kinderklinik Escherich's.

„1) Beim Kinde finden sich typischer Weise 4 EK von meist länglicher Gestalt, welche bereits jene Lage aufweisen, wie sie vom Erwachsenen her bekannt ist. Im Allgemeinen sind die oberen EK auch beim Kinde kleiner als die unteren. Die Grösse der EK nimmt mit zunehmendem Alter continuirlich zu, und die anfangs fast durchscheinende Beschaffenheit der Organe macht einer mehr opak-grauen Platz. Das Thymusmetamer IV ist keineswegs ein seltenes Gebilde, ich konnte es unter meinen 89 Fällen 13mal beobachten.

2) Der histologische Aufbau der EK ist beim Kinde ein ähnlicher wie beim Erwachsenen, nur wiegt der compakte Bau vor. Die Hauptzellen sind meist hell. Die oxyphilen Zellen können zuweilen schon im 5. Lebensjahre nachgewiesen werden. Fettgewebe im Stroma konnte ich am frühesten im 1. Lebensjahre, wenn auch nur noch sehr spärlich, finden. Das Glykogen ist ein constanter Bestandtheil des kindlichen EK und scheint bei normaler elektrischer Erregbarkeit am reichlichsten zu sein. Colloidcysten sind neben dem unteren EK viel häufiger anzutreffen, als neben dem oberen. In den Venen des kindlichen EK konnte ich mehrmals Klappen nachweisen.

3) Von pathologischen Processen konnte ich im kindlichen EK amyloide Degeneration, Miliartuberkel, Rundzelleninfiltrate, Bakterienembolie und insbesondere häufig Blutungen sehen.

Das erste Stadium der EK-Blutungen ist an dem Zerwühltsein des Parenchyms durch rothe Blutkörperchen zu erkennen und fand sich nur in den 2 ersten Lebenswochen. Die Ursache der EK-Blutung ist wahrscheinlich die intrauterine Asphyxie. Im zweiten Stadium kapseln sich die Blutungen ab, nehmen dabei die Form bluterfüllter cystischer Räume an. Es treten in letzteren mit hämatogenem Pigment beladene Phagocyten auf. Kurze Zeit später beginnt auch die Ablagerung des Pigmentes im Bindegewebe. Die hämorrhagischen Cysten schrumpfen dann immer mehr und mehr ein. Dieses Stadium dauert ungefähr bis zum Ende des ersten Lebensjahres. Im dritten Stadium ist nur noch das Pigment im Bindegewebe sichtbar, und dieses ist spätestens bis zum 5. Lebensjahre nachweisbar. Nach dieser Zeit ist von der stattgehabten Blutung nichts mehr zu sehen.

Nachblutungen in die alten Blutcysten sind möglich. Ich habe nur einen Fall von Spätblutung im EK gesehen. Diese Fälle sind ebenso wie EK-Blutungen beim Erwachsenen selten.

4) Bei normaler elektrischer Erregbarkeit konnte ich niemals EK-Blutungen nachweisen. Bei anodischer Uebererregbarkeit fand ich Blutungen oder deren Residuen in 54% der Fälle. Bei kathodischer Uebererregbarkeit konnte ich EK-Blutungen in 61% nachweisen. Bei den negativen Fällen der anodischen und kathodischen Gruppe handelte es sich stets um Kinder, die über 1 Jahr alt waren, also in einem Alter standen, in dem die letzten Spuren einer stattgehabten Blutung aus dem EK schon verschwunden sein konnten. In 2 Fällen mit tetaneiden Krämpfen konnte ich sehr reichliche Residuen von EK-Blutungen nachweisen. Bei 4 unter Convulsionen verstorbenen Neugeborenen fand ich 3mal EK-Blutungen, ebenso in 3 Fällen nicht näher zu charakterisirender Krämpfe und in 2 Fällen mit deutlich erhöhtem Muskeltonus.

Die Blutungen in die EK schädigen die der Entgiftung des Organismus dienende Funktion derselben und erzeugen dadurch die Disposition zu tetanoiden Zuständen. Der Eintritt der Erkrankung erfolgt erst unter dem Einflusse auslösender Momente, welche vielleicht durch vermehrte Bildung des noch unbekannten Giftstoffes eine Insufficienz der EK-Funktion hervorrufen." Dippe.

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

452. **Die Verwendbarkeit der Conjunctivalreaktion zur Diagnose chirurgischer Tuberkulose**; von Dr. E. Kraemer. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 3. 1908.)

Die Untersuchungen betrafen Kranke der Madelung'schen chirurg. Klinik. Unter der Voraussetzung, dass die Conjunctivalreaktion bei keinem Kranken mit allgemeiner Schwäche höheren Grades angewendet werden kann, eben so wenig wie in Fällen mit irgend welchen Veränderungen der Conjunctiva, hat Kr. bei 54 von 58 (d. h. bei 93%) sicher Tuberkulösen ein positives Resultat und bei 36 von 37 (d. h. in 97%) sicher nicht Tuberkulösen ein negatives Resultat erzielt. Im Ganzen waren unter 116 chirurgischen Fällen 14, in denen die etwa als vollgültiges Diagnosticum angewendete

Conjunctivalreaktion die ohne dieses unsichere Diagnose richtig zu stellen erlaubt hätte, während sie in einem Falle unter den gleichen Umständen zur Fehldiagnose verleitet hätte.

P. Wagner (Leipzig).

453. **Die Cutandiagnose der Tuberkulose bei chirurgischen Leiden.** *Klinische Studie;* von Dr. J. Malis. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 3. 1908.)

Die Arbeit stammt aus der Wilms'schen Klinik; seine Befunde stellt M. in folgenden Sätzen zusammen: „1) Die cutane Reaktionsmethode zum Zweck der Diagnostik der Tuberkulose ist absolut ungefährlich. Die Reaktion verläuft lokal, ohne Störungen des Allgemeinbefindens. 2) Es giebt keine Contraindikationen für die Anwendung dieser Methode. Sie ist darum die einzige zu freien Experimenten am Menschen vollkommen geeignete Methode zum Studium der Tuberkulinreaktion. 3) Mit Ausnahme der fortgeschrittenen Tuberkulösen (bei schwerster Kachexie) reagirt bei Anwendung dieser Methode positiv jeder Mensch, der mit Tuberkulose jemals inficirt worden war. Der Begriff der Infektion darf hier im weitesten Sinne aufgefasst werden. 4) Die cutane Reaktion ist sehr empfindlich und zeigt auch inaktive Herde an. 5) Der negative Ausfall der Reaktion ist von grösster diagnostischer und prognostischer Bedeutung, da er nur bei Tuberkulosefreien und bei sehr fortgeschrittenen Tuberkulösen beobachtet wird. Die Differenzirung der letzteren bietet dem Kliniker kaum je Schwierigkeiten. 6) Der positive Ausfall der Reaktion hat an und für sich fast keine praktische Bedeutung in Folge der hohen Procentzahl der Tuberkulösen bei Erwachsenen (Naegoli). Es lässt sich aber mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die Stärke der Reaktion mit dem Fortschreiten der Tuberkulose immer mehr abnimmt, bis sie, wie das bei den schwersten Tuberkulösen der Fall ist, endlich ganz erlischt. 7) Auf Grund der gemachten Beobachtungen, dass die incipienten Tuberkulösen am stärksten reagiren, die fortgeschrittenen, die noch überhaupt zu reagiren vermögen — am schwächsten, lässt sich die Möglichkeit vermuthen, nach dem Verlauf der Reaktion das Stadium der Krankheit gewissermaassen ablesen zu können. 8) Die sogen. „Frühreaktion" — also die specificirte Ueberempfindlichkeit wurde nur bei Tuberkulösen beobachtet. Der Reaktion der Gesunden fehlt dieses Charakteristicum; es fehlt aber auch bei einem Theil der Tuberkulösen (18%). Die Spätform der Tuberkulösen kann noch nicht erklärt werden. 9) Die Art und Entstehungsweise der Spätreaktion bei klinisch Gesunden ist auch noch nicht völlig erklärt. 10) Die chirurgisch Tuberkulösen reagiren im Allgemeinen viel heftiger, als die Lungentuberkulösen; sie zeigen sogar regelmässig eine Reaktionsform, die bei Lungentuberkulösen als eine seltene und ungewöhnlich starke beschrieben wird. Den chirurgischen Tuberkulösen kommt eine relativ günstigere Prognose zu."

P. Wagner (Leipzig).

454. **Ein Fall von Embolie der Lungenarterie nach der Methode von Trendelenburg operirt;** von Dr. R. Sievers. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 3. 1908.)

Die Trendelenburg'sche *Operation der Lungenarterienembolie* hatte auch in ihrer abgeänderten und vervollkommneten Form bisher keinen Erfolg am Menschen zu verzeichnen. Bei dem ersten Kranken, den Trendelenburg selbst nach dem neuen Verfahren operirte, trat vor Beendigung der Operation der Tod ein. S. berichtet nun aus der Leipziger chirurg. Klinik über einen 2. Fall bei einer 48jähr. Frau, bei der es ihm gelang, *sämmtliche Emboli zu entfernen und die Operation glücklich zu beenden.* Die zu Beginn der Operation pulslose Kranke erholte sich soweit, dass sie noch 15 Stunden lebte, dann allerdings der zunehmenden Herzschwäche erlag. Die beiden extrahirten Emboli waren 21, bez. 15 cm lang, und hatten einen Durchmesser von 10—12, bez. 7—9 mm.

Die Aussichten der Lungenembolieoperation stehen und fallen mit der Möglichkeit des *sofortigen Eingriffes.* Um diese Bedingung zu erfüllen, sind unbedingt folgende Anordnungen erforderlich: 1) es muss immer ein Arzt zur Verfügung stehen, der sich durch Uebungen an der Leiche oder vielleicht auch am lebenden Thiere auf die Operation eingeübt hat; 2) auf jeder Station muss die vorstehende Schwester oder Oberpflegerin auf die Symptome der Lungenembolie hingewiesen und über ihre Operationmöglichkeit trotz der Schwere der Erscheinungen aufgeklärt sein und die Anweisung haben, ohne jeden Verzug, den Arzt zu benachrichtigen; endlich 3) muss das Instrumentarium stets aseptisch und vollständig bereit gehalten werden.

P. Wagner (Leipzig).

455. **Anhaltender Schmerz als Indikation zur Freund'schen Rippenknorpelresektion;** von Dr. K. Bayer. (Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 7. 1908.)

Der mitgetheilte Fall (20jähr. Fräulein) entspricht klinisch sowohl, als pathologisch-anatomisch der von Freund beschriebenen primären Erkrankung oder Degeneration mit vorwiegender Erweichung der Rippenknorpel. Die, wenn auch erst kurze, Dauer der Krankheit war doch schon im Stande gewesen, die charakteristische Thoraxdeformation herbeizuführen, war jedoch zu kurz gewesen, um sie zu fixiren; daher fehlte auch noch die Starre und fehlte das Emphysem zum vollen Bilde. Es war daher auch nicht dieses letztere, sondern es waren die mit der Erkrankung verbundenen Schmerzen eine Indikation zur Operation. Die Entfernung der kranken Knorpel brachte Heilung, indem sowohl Schmerz, als Thoraxdeformation schwand.

P. Wagner (Leipzig).

456. **Ueber Fistula colli mediana und ihre Beziehungen zur Schilddrüse;** von Dr. Bleeher. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCI. 5 u. 6. 1908.)

Die einzig in Frage kommende Operation ist die Exstirpation; sie ist leicht, ungefährlich und führt sicher zum Ziele, wenn man die meistens vorhandene, oberhalb des Zungenbeines gelegene und bis zum Zungengrunde führende Fortsetzung der Fistel mit hinwegnimmt. Eine allerdings seltene Gefahr liegt hierbei vor, dass man nämlich mit der Fistel das einzige oder hauptsächlich funktionirende Schilddrüsengewebe des Körpers, das in Folge eines mangelhaften Descensus nicht bis zur normalen Lage und bis zur Vereinigung mit den seitlichen Schilddrüsenanlagen herabgestiegen ist, hinwegnimmt. P. Wagner (Leipzig).

457. **Zur klinischen Beurtheilung der bösartigen Geschwülste der Schilddrüse;** von Th. Kocher. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCI. 3 u. 4. 1907.)

Im Anschlusse an die Langhans'sche histologische Eintheilung bespricht K. auf Grund seines grossen Materiales die Diagnose der *bösartigen Schilddrüsentumoren*. Es ist weitaus wichtiger, dass ein Arzt die Diagnose auf Struma maligna in den Anfangstadien des Leidens stellt, als dass er eine Differentialdiagnose zwischen den verschiedenen Formen von Geschwülsten zu machen versteht; selbst die Unterscheidung von Krebs und Sarkom fällt hier entfernt nicht so schwer in's Gewicht, wie die Feststellung der Malignität. Ein von einem bestimmten Zeitpunkte an einsetzendes Wachsthum, zumal wenn es stetig fortgeht, bildet den Hauptpunkt für die Diagnose einer bösartigen Geschwulst der Schilddrüse. Hierzu kommt dann die Consistenzzunahme. P. Wagner (Leipzig).

458. **Struma congenita der Neugeborenen, operativ behandelt;** von Dr. K. Fischer. (Beitr. z. klin. Chir. LIV. 1. 1907.)

Der Kropf der Neugeborenen ist kein besonders seltenes Vorkommniss. Fälle von wirklicher Kropfoperation finden sich in der Literatur drei (Malgaigne, Madelung, Schimmelbusch), denen sich der Fall F.'s aus der v. Hacker'schen Klinik als vierter anreiht. Mit günstigem Erfolge wurde bei einem 1 Stunde alten Kinde eine 4 cm lange, 3—4 cm breite Struma exstirpirt.

P. Wagner (Leipzig).

459. **Klinische Studien über die Strumektomie an der Hand von 670 Kropfoperationen;** von Dr. E. Monnier. (Beitr. z. klin. Chir. LIV. 1. 1907.)

Sammelbericht über 670 Strumektomien bei gutartigen Kröpfen aus der Krönlein'schen Klinik. 213 Strumen betrafen das männliche, 457 das weibliche Geschlecht. Die Mehrzahl der Operirten befand sich im 3. und 2. Decennium. In fast allen Fällen waren es Athembeschwerden, die die Kranken zur Operation führten. Typische Erstickungsanfälle wurden 18mal bei Männern, 113mal bei Frauen angegeben. Hier war der Sitz der Struma 33mal substernal, bez. endothoracisch; 11mal handelte es sich um mehr oder weniger grosse retrotracheale Zapfen, 7mal um retroösophageal-pharyngeale, 8mal um retroclavikuläre. Bei 31 Kranken, die Erstickungsanfälle durchgemacht hatten, fanden sich mehr oder weniger ausgesprochene Herzveränderungen. Unter 670 Kröpfen waren 114 mit ausgesprochenem substernalen Sitze; davon waren 17 vollständig intrathoracisch entwickelt. In 87 Fällen wurde die Anwesenheit von retropharyngealen oder retrotrachealen Anhängseln beobachtet. Im Allgemeinen giebt Krönlein der *halbseitigen Resektion* den Vorzug; die *Enucleation* wird bei bestimmten Anzeigen aber auch ausgeführt. Von den 670 Operationen waren 157 Enucleationen, 406 Resektionen, 107 Enucleation-Resektionen. Von den einfachen Strumektomien endeten 9 tödtlich; hierzu kommen 2 Todesfälle bei Kranken, die im Erstickungsanfalle strumektomirt, und 3 Todesfälle bei Kranken, die im Erstickungsanfalle tracheotomirt wurden. Die Gesammtmortalität der Strumektomie beträgt also 1.6%. In einem Falle wurde bei einer Schwangeren *Tetanie* beobachtet, die nach 8 Monaten tödtlich endete. Ein Fall von vorübergehender Tetanie wurde im März 1907 beobachtet. Eine weitere Kranke starb kurze Zeit nach der Operation unter dem Bilde des akuten Tetanus. 20 Operationen wurden bei Schwangeren vorgenommen; bei 11 erfolgte keine Störung der Schwangerschaft. Unter den 670 Operationen waren 11 Recidivoperationen. P. Wagner (Leipzig).

460. **Les paralysies laryngées chez les goitreux;** par Eugène Félix, Bucarest. (Arch. internat. de Laryngol. etc. XXIV. 6. p. 718. 1907.)

Kropfkranke leiden häufig an Lähmungen des Nervus laryngeus inferior. Der Grund dafür ist die starke Compression des Nerven durch die hypertrophische Thyreoidea. Werden solche Patienten operirt, so verschwinden mitunter die Recurrenslähmungen entweder sofort oder im Laufe der Zeit. Aber manchmal bleiben die Paresen auch bestehen, weil der Nerv in Folge des langen Druckes nicht mehr regenerationfähig ist oder weil durch die Operation eine Läsion stattgefunden hat. Operativ geschädigte Nerven können genäht werden und können ihre Funktionfähigkeit wieder erhalten.

Hochheim (Halle a. d. S.).

461. **Nervus recurrens und Kropfoperationen;** von Dr. R. Stierlin. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXIX. 1—4. 1907.)

Wir müssen die Technik der Kropfoperationen soweit ausbauen, dass Recurrensverletzungen eben so selten werden, wie die Todesfälle. Auf Grund von ca. 150 Beobachtungen giebt St. ein Bild über das anatomische Lagoverhältniss des N. recurrens zur Art. thyreoid. inferior. Um den N. recurrens sicher als solchen zu erkennen und ihn von allen anderen, in jener Gegend verlaufenden, strangartigen Gebilden (Bindegewebesträngen, kleinen Venen)

bestimmt unterscheiden zu können, hat sich St. eine Erscheinung sehr nützlich erwiesen, die er als „Glockenzugphänomen" bezeichnen möchte. Sie besteht darin, dass man an dem Nerven synchron mit der Herzsystole feine Zuckungen in der Längsrichtung beobachten kann. Die Erklärung dieses Phänomens ist natürlich sehr leicht: da der Nerv bei seinem Abgange vom Vagus sich jederseits um ein grosses, annähernd horizontal liegendes Arterienrohr herumschlingt, muss durch die rhythmische Füllung und Dehnung dieser Arterien jeweils an dem Nerven ein rascher, kurzer Zug ausgeübt werden. P. Wagner (Leipzig).

462. **Die Ursachen des Thymustodes;** von Dr. G. Hotz. (Beitr. z. klin. Chir. LV. 1. 1907.)

H. theilt aus der Enderlen'schen Klinik einen Fall von *Thymusexstirpation* bei einem 3jähr. Knaben mit. Vorübergehend verschwanden die Athembeschwerden; dann trat plötzlich der *Tod* ein. Die *Sektion* brachte Aufklärung: über dem 3. und 4. Brustwirbel lag ein hühnereigrosser Abscess; er lag dicht über dem oberen Brusteingange. Die Spongiosa des 4. Brustwirbelkörpers war stark zerstört.

Der Fall bildete für H. die Veranlassung, die neuere Thymusliteratur zu studiren, sofern sie die Frage der Compressionwirkung durch das hypertrophische Organ behandelt. H. kommt dabei zu folgenden Ergebnissen: „1) Eine mechanische Einwirkung der hypertrophischen Thymus auf die Organe des oberen Brustraumes wird durch die anatomischen Verhältnisse im kindlichen Körper begünstigt. 2) Die Sektionsergebnisse zeigen, dass in der That häufig durch die vergrösserte Thymus ein Druck auf die Trachea ausgeübt wird, der klinisch die Symptome der Tracheostenose bedingt, an der Leiche dauernde und nachweisbare Spuren hinterlässt. In seltenen Fällen findet man Veränderungen der Kreislauforgane, sowohl am Herzen selbst, wie an den grossen Gefässen, die die Annahme einer Compression derselben beweisen. 3) Ein direkter Druck auf die Nerven ist nicht sicher festgestellt. In Fällen, die bei der Sektion nicht aufgeklärt werden, steht die Frage offen, ob eine unmittelbare Einwirkung auf die in der Thoraxapertur verlaufenden Nerven stattgefunden hat, oder ob eine indirekte Störung der medullären Centren für Athmung und Herzaktion auf dem Reflexweg anzunehmen ist; doch sind diese Darstellungen stets einem Nothbehelf gleichzusetzen. 4) Die operative Therapie erzielte bisher stets günstigen Erfolg. Die Resektion und Ektopexie oder die Totalexstirpation vermochte in jedem Falle durch Raumgewinn die drohende Asphyxie abzuwenden und sofort die normale Athmung dauernd wieder herzustellen." P. Wagner (Leipzig).

463. **Ueber die Diagnose und Therapie der Fremdkörper in den unteren Luftwegen, mit besonderer Berücksichtigung der Bronchoskopie und Radioskopie;** von Dr. Georg Gottstein. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. III. Erg.-Bd. p. 279. 1907.)

In einer eingehenden Arbeit legt G. die Vortheile der Bronchoskopie und Radioskopie für die Diagnose und Therapie der Fremdkörper in den unteren Luftwegen dar.

Er bespricht zunächst die Entwickelung des bronchoskopischen Verfahrens, an dessen Vollendung die chirurgische Klinik zu Breslau, an ihrer Spitze der verstorbene v. Mikulicz, hervorragenden Antheil gehabt hat. Auf Grund genauer anatomischer Darlegungen wird die eigenartige Technik verständlich gemacht, deren Hülfsmittel durch gute Abbildungen veranschaulicht werden. G. bevorzugt bei der Einführung des Bronchoskopes die rechte Seitenlage. Ist das Rohr — bei Erwachsenen 7—8 cm tief — eingeführt, so wird es bei direkter Besichtigung unter Hebelbewegungen in die Richtung der Achse der Trachea gebracht, dann wird der Rand der Epiglottis aufgesucht und das Rohr um diese herumgehebelt. Sobald das Rohr sich in richtigor Tiefe vor dem Larynx befindet, hört man ein eigenthümliches Athemgeräusch (in Folge des Durchstreichens der Luft durch das lange dünne Rohr), dann stellt man die Stimmbänder ein und geht langsam tiefer. Kurz bevor man an die Stimmbänder gelangt, wird ein biegsamer Mandrin eingeführt, dann das Rohr durch die Stimmbänder hindurchgeleitet und der Mandrin wieder zurückgezogen. Sind die Stimmbänder passirt, so stösst die Untersuchung der tieferen Theile auf keine grösseren Schwierigkeiten. — Gegenüber dieser *oberen* Bronchoskopie ist die *untere* (von einer Tracheotomiewunde aus) noch leichter auszuführen; letztere verdient für Fälle, in denen grosse Fremdkörper ohne Schaden für die Stimmbänder nicht durch die Glottis entfernt werden können, entschieden den Vorzug.

G. giebt 15 Beobachtungen aus der Breslauer chirurg. Klinik wieder und schliesst daran eine Statistik über 137 andere Fälle, aus denen sich bemerkenswerthe Schlussfolgerungen ziehen lassen. Vor Allem ergiebt sich daraus, dass die bronchoskopische Untersuchung und Therapie sich in den letzten Jahren in rasch aufsteigender Linie entwickelt hat.

Bei der Aetiologie erscheinen der Mechanismus der Aspiration, die Einkeilung, Lösung und Expektoration der Fremdkörper unter zum Theil neuen Gesichtspunkten.

In der Symptomatologie ist auf die Vorgeschichte und die subjektiven Symptome besonders Werth zu legen. Bei den aspirirten Fremdkörpern tritt der initiale Hustenanfall, meist verbunden mit Dyspnöe, in den Vordergrund. Dann aber treten auch Heiserkeit und bei spitzen oder sich einkeilenden Fremdkörpern auch Schmerzen auf. Objektiv lassen sich über den Lungen durch Perkussion und Auskultation Veränderungen nachweisen, die, je nachdem der Fremdkörper sich in einen Stammbronchus

oder einen kleineren Seitenast einkeilt, an Umfang wechseln.

Für die Diagnose kann auch die Radioskopie werthvolle Aufschlüsse geben, wenn es sich um metallene Fremdkörper oder grössere Knochenstücke handelt, da sie uns nicht allein das Vorhandensein des Fremdkörpers beweisen kann, sondern uns auch über seine Lage genau unterrichtet, was für die Therapie von wesentlichem Vortheile ist. Aber da nicht alle Fremdkörper, z. B. Bohnen, im Röntgenbilde sichtbar sind, bleibt die Bronchoskopie das zuverlässigste Untersuchungsmittel, zumal nach Entdeckung des Fremdkörpers durch das eingeführte Rohr auch die Extraktion sofort angeschlossen werden kann. G. geht dann näher ein auf die vielen Hülfsmittel und Instrumente, die je nach der Art des Fremdkörpers zur Extraktion bereitgehalten werden müssen.

Dass ein in den unteren Luftwegen befindlicher Fremdkörper entfernt werden muss, und zwar sobald wie möglich, gilt heute als unbedingt erforderlich. Denn eine völlige Obturation eines Bronchus erzeugt Atelektase des zugehörigen Lungenabschnittes und nach längerem Bestehen können durch Sekretstauung Bronchektasien entstehen. Auffallend ist es, dass an die in den Lungen auftretenden Veränderungen sich relativ häufig tuberkulöse Erkrankungen anschliessen.

Jos. Bayor (Köln).

464. **Die Behandlung der Fremdkörper in den tieferen Luftwegen und in der Speiseröhre**; von Prof. Gustav Killian in Freiburg i. Br. (Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LV. 1 u. 2. p. 120. 1908.)

K. giebt ein Sammelreferat über die mit Hülfe der Tracheo-Bronchoskopie und Oesophagoskopie entfernten Fremdkörper, soweit sie durch Veröffentlichungen bekannt gegeben sind.

In gesonderten Abschnitten bespricht er die harten und die nicht harten Fremdkörper und giebt bei Aufzählung der Körper Winke betr. der tauglichsten Instrumente zu ihrer Entfernung.

Es genügt zur Anästhesirung das Cocain beim Erwachsenen; beim Kinde muss man oft die Narkose benutzen. Todesfälle kommen selten vor, Nachkrankheiten (Pneumonie) dagegen häufiger, wenn die Fremdkörper schon längere Zeit in den Luftwegen gelegen hatten. Scharfkantige fest in dem Oesophagus eingezwängte Körper (Gebisse) müssen besonders vorsichtig extrahirt werden, weil tiefe Verletzung der Speiseröhre in Folge unvorsichtiger Manipulationen zu Mediastinitis und tödtlichem Ausgange führen können.

Hoehheim (Halle a. d. S.).

465. **La scoliose des écoliers**; par le Dr. Fernand Lagrange. (Arch. de Méd. des Enf. XI. p. 449. 1908.)

Auf Grund seiner Untersuchungen ist L. zu der Ueberzeugung gelangt, dass nicht die schlechte Haltung der Schüler den Grund zur Ausbildung von Verkrümmungen der Wirbelsäule giebt, sondern die *Uebermüdung* der Muskeln, die unabweislich bei längere Zeit dauernder aufrechter Haltung auftritt. Gerade so wie bei lange andauernder aufrechter Stellung Beugungen des Rumpfes nach der einen oder anderen Seite zu beobachten sind, indem bald das rechte, bald das linke Bein entlastet wird, gerade so werden auch bei lange andauerndem Sitzen die Muskeln beider Seiten abwechselnd relaxirt und auf diese Weise kommen Verbiegungen seitlich zu Stande. Bei nach vorn übergebeugtem Sitzen entwickeln sich kyphotische Verbiegungen, die ebenfalls auf Uebermüdung und zeitweiligem Nachlassen gewisser Muskelgruppen beruhen.

Haben derartige Verbiegungen eine gewisse Zeit angehalten, so kommt es nach und nach zu Difformitäten der Wirbel, Contrakturen von Bändern und auf diese Weise wird die anfangs leicht zu behebende Difformität zu einer permanenten.

Die Behandlung muss daher frühzeitig einsetzen und hat die Hauptaufgabe, einerseits die Uebermüdung der Rückenmuskeln zu beseitigen, was durch ruhige Rückenlage erzielt wird, und andererseits muss gegen die gewohnheitsmässig angenommene schlechte Haltung angekämpft werden, was durch methodische gymnastische Uebungen zu erzielen ist. Diese sollen mehr das Ziel verfolgen, die geschwächten Muskelgruppen wieder zu stärken und ihnen die normalen Bewegungen wieder beizubringen, als eine grosse Kraftentfaltung zu bewirken. E. Toff (Braila).

466. **Ueber Concavtorsion**; von Lorenz in Wien. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 1 u. 2. 1907.)

Die allgemeine Regel lautet dahin, dass bei einer Skoliose zugleich eine Verdrehung der Wirbel nach der Seite der Convexität hin erfolgt. Verschiedene Autoren haben klinisch und experimentell (Schulthen) den Nachweis zu erbringen gesucht, dass unter gewissen Umständen auch eine sogen. Concavtorsion eintreten könne oder selbst müsse. L. meint, dass es sich hierbei um Irrthümer handele hinsichtlich der Auffassung der Skoliose, indem eine anscheinend totale Skoliose in Wirklichkeit eine zusammengesetzte sei. Hierdurch entstehe dann natürlich der Anschein einer Concavtorsion, die de facto die gesetzmässige Convextorsion der zweiten skoliotischen Gegenkrümmung sei.

Vulpius (Heidelberg).

467. **Skoliose bei Kinderlähmung**; von Ewald. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 3 u. 4. 1907.)

E. untersuchte die Rückenmuskulatur der Leiche eines 2 Jahre alten Kindes mit paralytischer Skoliose genau. Er fand als Ursache der linksconvexen Totalskoliose eine linkseitige Lähmung und Degeneration der kleinen Rückenmuskeln (Rotatores, Intertransversarii, Interspinales). Bei älteren paralytischen Skoliosen wendet sich die Convexität meist gegen die gesunde Seite. E. erklärt dieses dadurch, dass es sich bei der aufrecht getragenen Wirbelsäule nicht nur um Muskelwirkung, bez. Muskelausfall, sondern um Belastung und Equilibrirung handele, während in seinem Falle eine „reine paralytische" Skoliose vorlag, weil das Kind noch nicht sitzen gelernt hatte.

Vulpius (Heidelberg).

468. **Ueber Spondylitis typhosa**; von Peltesohn in Berlin. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 1 u. 2. 1907.)

Bei der Pat. traten circa 2 Monate nach der Erkrankung an Typhus die Symptome einer Spondylitis auf.

verbunden mit Versteifung der Wirbelsäule in Lordose. Ruhigstellung und Entlastung brachten Besserung, so dass die Prognose günstig zu stellen ist.

Vulpius (Heidelberg).

469. **Bericht über 353 complicirte Frakturen;** von Dr. E. Bibergeil. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIV. 2. 1907.)

Bericht über 353 complicirte Frakturen, die innerhalb 16 Jahren in der chirurg. Abtheilung des Krankenhauses am Urban behandelt wurden: 45 Fälle von Zertrümmerungen von Gliedmaassen, in denen ausser schweren Knochenverletzungen beträchtliche Weichtheilwunden sich fanden (3 Todesfälle); 125 Durchstechungsfrakturen (4 Todesfälle); 164 Quetschungsfrakturen, bei denen die verletzende Gewalt von aussen nach innen wirkte (19 Todesfälle); 19 Frakturen mit Gelenkverletzung (3 Todesfälle). Die an den Folgen von Durchstechungsbrüchen leidenden Kranken wurden am wenigsten in ihrer Arbeitfähigkeit beeinträchtigt.

P. Wagner (Leipzig).

470. **Ueber Frakturheilung mit besonderer Berücksichtigung der Bedeutung des Blutergusses für die Callusbildung;** von Dr. K. Vogel. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCI. 1—2. 1907.)

Nach den Untersuchungen V.'s scheint es eine persönliche, vielleicht erbliche Disposition zu mangelhafter Callusbildung zu geben, die nicht in Schwäche des Gesammtkörpers besteht, sondern in einer Dyskrasie des Stratum fibrosum. Die Promptheit der Frakturheilung ist proportional der durch die Fraktur bedingten Entspannung der osteogenen Zellen. Zur Behandlung der Fraktur ist die Bardenheuer'sche Extensionmethode die beste, deshalb, weil sie die Menge des zur Vereinigung nothwendigen Callus durch gute Adaption der Fragmente auf das mögliche Minimum reducirt und dennoch die Bedingungen schafft für gute Callusentwickelung, indem sie die entspannende Blutung und seröse Durchtränkung nicht hindert, sondern durch die Aufrechthaltung einer geringen Beweglichkeit der Fragmente und den Mangel einer Compression eher fördert. Ist die Entspannung relativ zu gering und demnach die Callusbildung verlangsamt, so können wir therapeutisch eingreifen und jene verstärken durch die verschiedenen, theils seit langem bekannten Mittel (Entzündungsreize — Stauung), theils in Form der *Bier'schen Bluteinspritzung.* Letztere muss so erfolgen, dass das Blut deponirt wird 1) möglichst zwischen Periost und Knochen; 2) in der Form, dass es eine continuirliche Brücke bildet zwischen den beiden Fragmenten. Zur Entspannung ist das Blut das beste Mittel, da es dem Gewebe nicht fremd und doch langsam resorbirbar ist.

Von den unblutigen Methoden ist wohl die Stauung nach Helferich die bestbegründete für die Callusförderung, da sie die parenchymatöse Entspannung am wirksamsten hervorruft.

P. Wagner (Leipzig).

471. **Ueber Spiralfrakturen;** von Dr. K. Schnurpfeil. (Časopis lékařů českých. p. 376. 1907.)

Spiralfrakturen entstehen durch Torsion, wobei der Angriffpunkt der Gewalt peripher oder central gelegen sein kann, während das gegenüberliegende Ende des Knochens fixirt ist; sie entstehen also in den meisten Fällen durch indirekte Gewalt, in Ausnahmefällen durch direkte Gewalt. Schn. stellte unter 230 Frakturen 23 Spiralfrakturen durch Radioskopie fest und zwar entfielen 9 auf 29 Frakturen der Tibia, 7 auf 26 Frakturen des Femur, 6 auf 40 Frakturen beider Unterschenkelknochen und 1 auf 22 Frakturen des Humerus. Die Prognose der Spiralfrakturen ist im Vergleich zu anderen Frakturen nur wegen der spitzigen, für die Weichtheile gefährlichen Frakturenden ungünstiger.

G. Mühlstein (Prag).

472. **Die Knochennaht und der Gipsapparat in der Behandlung der Beinbrüche;** von Dr. Poenaru-Cuplescu in Bukarest. (Revista de Chir. p. 245. Juni 1908.)

Nach einer kurzen historischen Uebersicht beschreibt P.-C. die in der Abtheilung von Th. Jonnescu übliche Behandlung der Beinbrüche. Im Grossen und Ganzen besteht sie darin, dass aus zehn- bis zwölffachen Organtistreifen, die mit Gips imprägnirt sind, drei Leisten zugeschnitten werden, von denen die eine vom mittleren Drittel des Beines beginnend, über die hintere Fläche, den Absatz und die Sohle läuft, über den Zehen umbiegt und bis auf den Fussrücken hinübergreift. Eine zweite Organtinleiste umfasst beide Seitentheile des Beines und geht wie ein Steigbügel über die Fusssohle. Anfangs mit Binden und nach Erhärtung des Gipses mit Diachylonstreifen, werden diese Leisten, nach vorgenommener Adaptirung der gebrochenen Theile, befestigt und das Bein bleibt dadurch genügend befestigt. Das Glied kann auf diese Weise in seiner ganzen Ausdehnung beobachtet, offene Wunden können bequem verbunden werden und durch die Diachylonstreifen kann der Verband fester angezogen oder gelockert werden, je nachdem es die stattgehabte An- oder Abschwellung verlangt. Nach 25 bis 30 Tagen, wird der Verband abgenommen und mit Massage, Bädern und Mechanotherapie begonnen.

Der Verband ist der modificirte Mnisonnenvo'sche Apparat für Beinfrakturen. Eine weitere Neuerung ist die, dass die Coaptirung der Knochenfragmente, falls sie sehr schmerzhaft ist, unter Rhachistovainisirung vorgenommen wird. Bei complicirten Brüchen, oder bei solchen, bei denen die Theile nur schwer oder gar nicht in der richtigen Lage gehalten werden können, werden die Jacoël'schen Klammern angewendet und, wie die beigegebenen Röntgenographien zeigen, sehr gute Resultate erzielt.

E. Toff (Braila).

473. **Zur Frakturbehandlung mittels der Extensionsmethode nach Bardenheuer;** von Lange in Strassburg. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 1 u. 2. 1907.)

L. empfiehlt die Bardenheuer'sche Extension auf's Wärmste. Die damit geheilten Frakturen zeichnen sich aus: 1) durch das Fehlen jeder Verkürzung oder deren Geringfügigkeit; 2) durch ideale anatomische Heilung; 3) durch das Fehlen von Oedem und der gewöhnlichen Complikationen; 4) durch

vorzügliche Funktion in kürzester Zeit; 5) durch geringe Callusbildung. Vulpius (Heidelberg).

474. **Die Continuitätsresektion des langen Röhrenknochens zur Ausgleichung von Verkürzungen**; von Glaessner in Berlin. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 1 u. 2. 1907.)

Ist ein Bein verkürzt, so kann man die Längendifferenz ausgleichen durch Verkürzung des gesunden Beines. Diese kann herbeigeführt werden durch Anlegung einer schiefen Femurfraktur, die man unter entsprechender Längsverschiebung ausheilt, oder — und das dürfte zweckmässiger sein — durch Resektion eines entsprechend langgewählten Stückes aus der Continuität der Femurdiaphyse.

Beide Verfahren hat Gl. mit Erfolg angewendet.
Vulpius (Heidelberg).

475. **Ueber einen neuen Apparat für die Frakturen des Schenkels**; von Dr. E. Martini. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. 1908.)

M. hat einen Apparat für die Diaphysenfrakturen des Oberschenkels construirt, der den Vortheil darbietet, dass man die Fragmente in gradueller Weise und in mehreren Sitzungen reducireu und sie dann in der gewunschten Lage erhalten kann. Die Frakturstelle bleibt frei und sichtbar. Der Apparat eignet sich namentlich auch für complicirte Frakturen. P. Wagner (Leipzig).

476. **Die späteren Schicksale difform geheilter Knochenbrüche, besonders bei Kindern**; von Dr. F. König. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 1. 1908.)

Die systematische Nachuntersuchung dislocirt verheilter Frakturen bringt wichtige Ergebnisse für die Frakturlehre im Allgemeinen. Sie lehrt uns, dass bei Kindern eine Reihe von schweren Dislokationen durch das Wachsthum wieder ausgeglichen wird, während in anderen Fällen Folgen bestehen bleiben. Sie erlaubt dadurch eine Scheidung in solche Verschiebungen, die dauernd verhängnissvoll sind und solche, die wenigor ins Gewicht fallen. Eine rationelle Behandlung dislocirter Knochenbrüche muss diese Unterscheidung ganz besonders berücksichtigen. Mit aller Energie müssen wir von Anfang an die Dislokationen bekämpfen, die wir als dauernd verhängnissvoll kennen gelernt haben. Bei den winkligen Verbiegungen des Oberschenkels nach aussen und vorn, eben so wie bei den seitlichen Verschiebungen des Epiphysenbruchstückes gegen den Schaft am Ellenbogen kommt das Bardenheuer'sche Verfahren mit seinen Quer- und Rotationzügen zur Anwendung. Bei den Frakturen mit intraartikulärer Verdrehung oder Versprengung muss die Frakturstelle baldigst blossgelegt und durch Naht u. s. w. corrigirt werden.
P. Wagner (Leipzig).

477. **Weitere Erfahrungen über Röntgenbehandlung versteifter Gelenke**; von Dr. Ernst Moser in Zittau. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. III. Erg.-Bd. p. 695. 1907.)

Seinen bereits im Jahre 1904 vorgestellten 4 Kr. kann M. 5 neue Beobachtungen hinzufügen, in denen die Röntgenbestrahlung einen günstigen Einfluss auf versteifte Gelenke ausgeübt hat. Freilich war der erreichte Grad von Beweglichkeit in den meisten Fällen nicht sehr gross und vor allem wurde eine völlig freie Beweglichkeit in keinem Falle erzielt. Aber wenn auch nur eine geringe Besserung erreicht wurde, so gewinnen diese Erfolge an Bedeutung, wenn man bedenkt, dass mehrere der Patienten vorher anderweitig lange Zeit ohne Erfolg behandelt worden waren.

Die Besserungen betrafen 3mal Versteifungen in Folge abgelaufener Tuberkulose. 2 Fälle waren rheumatischer, 1 gichtischer und 1 syphilitischer Natur. In dem 8. Falle handelte es sich um eine Art von septischer Gelenkentzündung, die zu einer ausgedehnten Verdickung der Kapsel geführt hatte, in dem 9. war das Grundleiden nicht mit Sicherheit festzustellen.

In 2 weiteren Fällen (Arthritis deformans und rheumatische Erkrankung) hatten die Bestrahlungen keinen Erfolg. Jos. Bayor (Köln).

478. **Die Myositis ossificans im M. brachialis nach Ellenbogenluxationen, ihre Diagnose und Behandlung**; von Dr. P. Frangenheim. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 12. 1908.)

Die Verrenkungen des Ellenbogengelenks nehmen unter den Luxationen eine Sonderstellung ein durch eine Folgeerscheinung, die nicht gerade selten bei ihnen zu beobachten ist. Das sind Verknöcherungen im M. brachial. int., die sich einige Zeit nach der Verletzung einstellen. Die Knochenbildung im M. brachialis findet sich bei der häufigsten Luxationform des Ellenbogens, nämlich bei der Luxation beider Vorderarmknochen nach hinten, gewöhnlich einige Wochen nach der Verletzung. Aber auch bei veralteten Ellenbogenluxationen ist die Verknöcherung des M. brachialis zu beobachten. Die Beziehungen des Muskels zur Gelenkkapsel erklären die Ossifikationen im Kapselgewebe. Besonders schwierig sind die Verknöcherungen im M. brachialis zu erklären, die nach einem Fall auf den Ellenbogen, nach einem Stoss gegen diesen sich bilden, ohne dass eine Luxation oder eine Verletzung an den Knochen zu Stande käme.

F. theilt aus der Königsberger chirurgischen Klinik 6 Beobachtungen mit, bei denen sich ausschliesslich Knochenneubildung in der Muskulatur, zweimal auch im Kapselgewebe zeigte. Die ersten Zeichen der Myositis ossificans traumatica im M. brachialis sind Schmerzen in der Ellenbeuge und Bewegungstörungen im Ellenbogengelenk, die sich allmählich verstärken. Die Zusammenstellungen von Cahier und Strauss ergeben, dass die Knochenbildung im M. brachialis frühestens am 5. Tage, spätestens nach 4 Monaten erkannt wurde. In der Regel wurde die Complikation 3—4 Wochen nach der Verletzung festgestellt.

Ueber die *Behandlung* der Myositis ossificans lassen sich nur schwer bestimmte Regeln aufstellen.

Es ist zu berücksichtigen, dass die Muskelknochen spontan verschwinden können, und dass sie andererseits nach operativer Entfernung zuweilen recidiviren. Die Operation kann erfolglos bleiben und die conservative Behandlung kann unter Umständen eine erhebliche Besserung herbeiführen. Um den günstigsten Zeitpunkt zur Operation zu finden, ist es zweckmässig, von Zeit zu Zeit Röntgenaufnahmen des erkrankten Ellenbogengelenks anzufertigen.

P. Wagner (Leipzig).

479. **Subcutane Sehnenzerreissungen an den Fingern;** von Prof. C. Schlatter. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCI. 3—4. 1907.)

Die häufigste Form der subcutanen Sehnenzerreissungen an den Fingern ist die Abreissung der Streckaponeurose am Nagelglied. Sch. hat im Laufe des letzten Jahres 9 solche Beobachtungen gemacht. Die heute am meisten geübte Behandlung ist die Fixation des Nagelgliedes in Streckstellung durch eine Schiene. Sicherer ist das operative Nahtverfahren, obwohl es auch nicht unfehlbar ist. Jedenfalls auszuschliessen von der Operation sind die Abrissfrakturen. Ausserordentlich selten ist die Zerreissung der mittleren, sich an der Mittelphalanx ansetzenden Partie des Extensor digit. communis. Eine solche Beobachtung theilt Sch. mit, eben so wie einen Fall von subcutaner Abreissung des Extensor pollic. long. der rechten Hand in der Gegend der Tabatière. Von subcutanen Zerreissungen der Beugesehnen sind nur einige wenige Fälle bekannt, Sch. machte in einem Falle mit Erfolg die Sehnennaht.

P. Wagner (Leipzig).

480. **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Heissluftanwendung am Auge im Vergleich zu anderen Wärmeapplikationen;** von Dr. C. H. Sattler. (Arch. f. Augenhkde. LIX. 4. p. 358. 1908.)

Den Heilwerth der Heissluftanwendung am Auge glaubte S. am besten dadurch ermitteln zu können, dass er mit den Verfahren der Immunitätsforschung vergleichend prüfte, wie schnell und ausgiebig der Uebertritt der Antikörper in das Kammerwasser bei den verschiedenen Arten der Wärmeanwendung erfolgt. Seine Versuche lehren, dass die Heissluftanwendung keinen Fortschritt vor den anderen Verfahren darstellt. „Falls wir die durch die Wärme hervorgerufene Hyperämie und den gleichzeitigen geringen Uebertritt von Antikörpern therapeutisch verwenden wollen, so können wir das durch unsere bisherigen Wärmeapplikationen eben so und in einer für den Patienten bequemeren Weise erreichen." Ist ein starker Uebertritt von Antikörpern nöthig, so bieten Kochsalzeinspritzungen unter die Bindehaut oder die Kammerpunktion ein erheblich kräftiger und sicherer wirkendes Mittel.

Bergemann (Husum).

481. **Ein Beitrag zur Serumtherapie bei Erkrankungen des Auges;** von Prof. A. v. Hippel. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 27. 1908.)

v. H. berichtet über ausgedehnte und durchaus günstige Erfahrungen mit dem (Hefe-) Serum von Deutschmann. Am besten half es bei Iritis plastica und bei Ulcus serpens, bei dem es die Anwendung des Galvanokauters entbehrlich zu machen scheint, wenn es oft und reichlich genug angewandt wird. Auch bei seröser, nicht tuberkulöser Iritis nützte es, bei schweren Infektionen des Glaskörpers liess es im Stiche. v. H. spritzte 2—4 ccm in schweren Fällen anfangs täglich, meist in längeren Zwischenzeiten ein. Unangenehme Erscheinungen traten niemals auf. Eine Kr., die im Laufe mehrerer Wochen 17 Einspritzungen erhalten hatte, magerte auffallend ab.

Nach neueren Mittheilungen soll der wirksame Stoff aus dem Serum rein dargestellt sein.

Dippe.

482. **Das Roemer'sche Immunisirungsverfahren (Injektion von Pneumokokkencultur) in Fällen von Ulcus serpens corneae;** von Dr. Victor Reis. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 27. 1908.)

Das Verfahren gab prophylaktisch und therapeutisch angewandt gute Erfolge. Dippe.

483. **Beitrag zur Aetiologie und Therapie der chronischen Conjunctivitis;** von Prof. Elschnig. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26. 1908.)

E. macht auf zwei nicht genügend beachtete Ursachen der chronischen Conjunctivitis aufmerksam: die Hypersekretion der Meibom'schen Drüsen und den mangelhaften Schluss der Lidspalte beim Zumachen der Augen (im Schlafe). Im ersteren Falle soll man Anfangs täglich, später mehrmals wöchentlich die Drüsen entleeren und den Kranken nach der Genesung überwachen. Im zweiten Falle, in dem es bis zur lederartigen Eintrocknung der Bindehaut (Tyloma conjunctivae) kommen kann, müssen die Augen über Nacht geschützt werden. Meist genügt dazu ein nach Art der Bartbinde befestigter Leinwandstreifen. In schweren Fällen lässt man ausserdem abends etwas Borlanolin (2—4%) in den Bindehautsack einreiben. Dippe.

484. **Eine neue Behandlungsmethode der Blennorrhoea adultorum mittels Bleno-Lenicetsalbe;** von Dr. Adam. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 43. 1907.)

Lenicet ist „die polymere Trockenform des Thonerdeacetats (kein trockenes gewöhnliches Aluminium-aceticum-Pulver). Es stellt ein sehr feines, weisses, schwer lösliches Pulver dar, das im Contakt mit den Geweben wirksame essigsaure Thon-

erde abspaltet." Unter Verwerthung dieses Mittels sah A. auffallend günstige Erfolge bei gonorrhoischer Blennorrhöe. Seine Hauptwirkung besteht darin, dass es die starke Absonderung fast sofort zum Schwinden bringt. Zu lange fortgesetzte Anwendung stärkerer Verbindungen führt zu Gewebeschädigung (durch Aetzung?). Als zweckmässigste Anwendungweise ergab sich folgende: Einstreichen von 10proc. Bleno-Lenicetsalbe (d. i. Lenicet mit Euvaseline) zweistündlich bis zur Abnahme der Absonderung. Dann, gewöhnlich nach 1—2—3 Tagen, 5proc. Bleno-Lenicet 3—4stündlich. Nach Aufhören der Absonderung nur Euvaseline und jetzt erst Argentum nitricum $^1/_2$proc. 1mal täglich. Sollte die Absonderung wieder zunehmen, dann wieder kurze Zeit 5- oder 10proc. Bleno-Lenicetsalbe. Bergemann (Husum).

485. **Untersuchungen über die Entstehung und die Entwickelung des Trachoms;** von Prof. Greeff, Prof. Frosch und Dr. Clausen. (Arch. f. Augenhkde. LIX. 2. 1908.)

In Fortsetzung ihrer früheren Veröffentlichung (vgl. Jahrbb. CCXCVII. p. 264) berichten die Vff. über weitere wichtige Forschungen. Die Ueberimpfung von Follikelinhalt und Epithel aus trachomatöser Bindehaut führte bei einem Kranken zu einem schweren Trachom, bei einem anderen war sie erfolglos; vielleicht weil die Ansteckungfähigkeit schon erloschen war. Kaninchen, Hunde, Meerschweinchen waren unempfänglich, ebenso niedere Affen. „Ganz anders, aber auch anders wie bei Menschen, sind die Resultate bei anthropomorphen Affen." Es gelang bei einem Pavian die erfolgreiche Impfung. Nach den Ergebnissen, die auch Halberstaedter und Prowazek, Hess und Römer und Leber hatten, „scheint demnach der Schluss gerechtfertigt, dass bei anthropomorphen Affen im Gegensatze zu allen anderen Thieren das Trachomvirus angeht und sich vermehrt". Allerdings ist das Krankheitbild ein ganz anderes als beim Menschen; es kommt nur zu einem eiterigen Katarrh der Bindehaut, reichlicher Absonderung, Röthung und starker Schwellung der Bindehaut; aber die Bildung massenhafter, grosser, grauer Follikel, das klinische Merkmal des Trachoms, bleibt aus. Es kann sein, „dass die geringere adenoide Schicht in der Conjunctiva der Thiere es nicht so leicht zu der Ausbildung der adenoiden Wucherungen (Follikel) kommen lässt". Die Vff. schlagen vor, einen einheitlichen Namen — Trachom — anzuerkennen und eventuell dafür deutsch — Körnerkrankheit — zu gebrauchen.

Bergemann (Husum).

486. **The treatment of trachomatous dacryocystitis;** by T. Harrison Butler. (Lancet May 2. 1908.)

B. beobachtete bei trachomatösen Thränensackerkrankungen unter den eingeborenen Juden Palästinas eine auffallende Empfindlichkeit der Gewebe. Die Sackwand war meist so wenig widerstandfähig, dass auch vorsichtige Durchspülungen zu Durchsetzung des Gewebes mit der Spülflüssigkeit, gelegentlich auch mit Eiter führten. Bei einem Kranken kam es so zu retrobulbärem Abscess mit Opticusatrophie. Auch die Sondenbehandlung war bei der Brüchigkeit und starken Reizbarkeit der Schleimhaut nur selten von Erfolg begleitet. B. verwandte deshalb in weitestem Umfange die Sackausschneidung, mit der er schnelle Heilungen erzielte.

Bergemann (Husum).

487. **Ueber die Behandlung der Fisteln des Thränensackes mittels Elektrolyse;** von Dr. Lotin. (Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 197. 1908.)

L. verwendet seit mehreren Jahren mit gutem Erfolge die Elektrolyse bei Erkrankungen der Thränenwege. Er gebraucht für den Thränenkanal die Kathode bei einer Stromstärke von 4—5 M.-A. mit allmählicher Steigerung und Verringerung des Stroms durch den Rheostaten: die einzelne Sitzung dauert 5—6 Minuten und wird etwa alle 8 Tage wiederholt. Dieses Verfahren hat nach L.'s Beobachtungen folgende Vorzüge vor der Sondenbehandlung: Es wirkt schneller und erfordert seltenere Anwendung, die Erweiterung der Stenosen im Canalis nasolacrymalis ist stetiger, die Absonderung lässt schneller nach. „Bei Fisteln des Thränensackes muss man, um eine raschere Heilung zu erzielen, die Elektrolyse des Canalis nasolacrymalis mit der Kathode durch die Sonde und Elektrolyse der Fistel selbst mit der Anode durch den Draht mit einander combiniren. Letzteres gilt besonders für Fälle von veralteten Fisteln mit narbigen Rändern." L. versucht eine Deutung der elektrolytischen Heilwirkung zu geben, die aber noch stichhaltiger Begründung entbehren dürfte.

Bergemann (Husum).

488. **Die permanente Drainage der Thränenabflusswege;** von Dr. W. Koster Gzn. in Leiden. (Arch. f. Ophthalmol. LXVII. 1. 1908.)

K. hat sich ein Verfahren ersonnen, um den leidigen Thränennasengang-Erkrankungen wirksamer entgegentreten zu können, ohne zur Exstirpation des Sackes schreiten zu müssen. Er führt einen doppelten dünnen Kupferdraht durch die Hohlsonde vom Thränenröhrchen aus bis in die Nase, fasst mit einem kleinen Häkchen unter Leitung des Nasenspiegels hinter dem hinteren Ende der Muschel die Kupferdrahtöse und der zieht sie soweit vor, dass sich ein Seidenfaden durchschlingen lässt. Dann wird der Seidenfaden oben aus dem Thränenkanal herausgezogen, mit der Kupferdrahtschlinge und mit seinem aus der Nasenoffnung hängenden anderen Ende auf die Wange geknüpft. Durch Hin- und Herziehen des Fadens können Medikamente, mit denen der Faden eingerieben worden ist, in den Thränensack gebracht werden. Der Faden muss häufig mit 3proc. Kalium chloricum-Lösung gewaschen werden. Er muss 10 Tage bis 2 Monate lang liegen bleiben. Mit dieser Behandlung ist es K. gelungen, chronische Blennorrhöe des Sackes, Dacryocystitis mit Fistelbildung, recidivirende Cysten des Thränensackes, alte Stenosen, traumatische, angeborene Strikturen und Stenosen, Knochennekrosen und Epiphora durch Nasenleiden zu heilen. Die Technik ist nicht ganz leicht, schwieriger dürfte aber noch das Widerstreben der Patienten gegen die Entstellung durch den Faden zu überwinden sein. Schoeler (Berlin).

Digitized by Google

489. **Zur Technik der Exstirpation des Thränensackes;** von Dr. W. Krauss. (Arch. f. Augenhkde. LIX. 4. p. 357. 1908.)

K. empfiehlt folgendes Verfahren, das er an einer grossen Krankenzahl mit bestem Erfolge ausgeprobt hat und das den Vorzug hat, weniger durch starke Blutungen gestört zu werden und die Ausschälung des Sackes im Ganzen leichter zu machen.

Er spritzt Acoin-Cocain-Suprareninlösung vor und hinter dem Sack ein. „Der Schnitt wird *allein durch die äussere Haut*, etwa 4—5 mm oberhalb des Lidbandes beginnend und den inneren Lidwinkel in einem Abstande von etwa 7—8 mm einziehend bis zu einer Länge von etwa 2½ cm geführt.“ Dann wird stumpf das unterliegende Gewebe auseinandergedrängt, bis sich ein Müller'sches Speculum einlegen lässt. „Es erfolgt bis hierhin so gut wie nie eine störende Blutung und man kann nun bei weiterem stumpfen Präpariren sich das Lidband, die Kapsel des Sackes und die Crista lacr. ant. mit grösster Leichtigkeit, besser als an der Leiche, freilegen... Bei der nun folgenden Freilegung des Thränensackes soll ebenfalls, soweit irgend möglich, stumpf vorgegangen werden.“ Seine Ablösung mit der Scheere soll möglichst ohne Durchschneidung des Lidbandes geschehen.

Bergemann (Husum).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

490. **Die Vertheilung der Unglücksfälle der Arbeiter auf die Wochentage und die Tagesstunden;** von H. Bille-Top in Kopenhagen. (Centr.-Bl. f. allg. Gesdhpfl. XXVII. 5 u. 6. p. 197. 1908.)

Bei den Männern: Montag die meisten Unfälle, dann Abnahme bis Freitag und von da Ansteigen; Alkoholwirkung. Bei den Frauen: Montag die wenigsten — Folge der Ruhe — dann ziemlich gleichmässig. Der Tageszeit nach ereignen sich die meisten Unfälle zwischen 9—12 und 3—6 Uhr. Dippe.

491. **Pathologie, Therapie und Prophylaxe der elektrischen Unfälle;** von S. Jellinek. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 10. 11. 1907.)

Seit dem Erscheinen seiner „Elektropathologie“ (Stuttgart 1903), auf die *Ref.* hiermit noch einmal aufmerksam machen möchte, hat J. noch weitere 20 durch Blitzschlag und 37 durch Starkstrom verunglückte Personen beobachtet; von den ersteren starben 5, von den letzteren 7. Von den 30 nach elektrischen Unfällen überlebenden Personen wurden 20 wieder vollkommen erwerbsfähig, bei 10 kam es zu Spätsymptomen, kaum 4 blieben dauernd geschädigt und erwerbsunfähig. Aetiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Diagnose, Prognose, Therapie und Prophylaxe der elektrischen Unfälle werden eingehend besprochen.

Woltemas (Solingen).

492. **Ueber Heilmagnetismus und Heilmagnetiseure in forensischer Beziehung;** von A. Moll. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXV. 1. p. 1. 1908.)

Der Heilmagnetismus spielt in der Kurpfuscherei eine grosse Rolle, der Arzt kann daher leicht in die Lage kommen, sich als Sachverständiger vor Gericht über ihn äussern zu müssen, und das kann er nur, wenn er sich mit ihm beschäftigt hat; ferner ist er von Interesse wegen seiner engen Beziehungen zum Occultismus. M. hat seit über 20 Jahren jede Gelegenheit benutzt, die Angaben der Heilmagnetiseure über ihre Fähigkeiten und Leistungen durch genaue Untersuchungen zu prüfen, hat aber die Angaben über Hellsehen, Telepathie, Ablenkung der Magnetnadel durch Annäherung der Hände, wirkliche Heilerfolge und ähnliches nie bestätigt gefunden. Auf Grund seiner reichen Erfahrung erörtert er, auf was es bei den Untersuchungen ankommt und wie der Arzt bei seiner Thätigkeit als Sachverständiger am besten verfährt. Ein grosser Theil der Magnetiseure besteht aus Schwindlern, es giebt aber auch Gutgläubige unter ihnen, und viele sind ausgesprochene Psychopathen.

Woltemas (Solingen).

493. **Die Kriterien des Nahschusses bei Verwendung rauchschwacher Pulver;** von W. Meyer. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXV. 1. p. 22. 1908.)

Nach der Herstellungsweise unterscheidet man bei den rauchschwachen Pulvern die gelatinirten und die Mischpulver. Die Schwärzung der Umgebung der Einschussstelle kommt nur bei Schüssen aus nächster Nähe zu Stande, bei solchen aus der Browningpistole fehlt sie schon bei 15 cm Entfernung, unter Umständen ist sie noch bis zu 40 cm Entfernung möglich. Bei Mischpulvern ist die Färbung tiefschwarz, bei einigen Sorten aber kommen daneben auch graugrüne oder dunkelgraue Färbungen vor und bei dem deutschen Schulze-Pulver der Walsroder Fabrik kam statt der Schwärzung eine hellweissgraue Färbung mit einem bräunlichen Flecke zu Stande. Die Schwärzung lässt sich schwerer abwaschen, als beim Schwarzpulvorschuss und hält sich auch unter Wasser länger. Bei gelatinirten Pulvern ist die Schwärzung im Allgemeinen weniger stark und verliert sich früher. Charakteristisch ist, dass jede Einwirkung einer Pulverflamme fehlt, der Brandsaum, die Versengung der Haare und etwaiger Kleidungstücke daher vermisst wird, ferner fehlt auch die Einsprengung von unverbrannten oder halbverbrannten Pulverkörnchen. Auf den unverbrannten Haaren sind Auflagerungen von schwarzen Brückelchen oft auch dann noch nachweisbar, wenn eine Pulverschwärzung der Haut fehlt. Bei Schüssen aus grosser Nähe findet sich fast stets in dem Gewebe um den Schusskanal CO-haltiges Blut, dessen Fehlen spricht aber nicht gegen einen Naheschuss.

Woltemas (Solingen).

Digitized by Google

494. **Die Bedeutung der künstlichen Athmung bei Wiederbelebungsversuchen für die Diagnose des Ertrinkungstodes;** von A. Schulz. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXV. 1. p. 92. 1908.)

Eine Geisteskranke war in einem Wannenbade ohne Aufsicht gelassen worden und wurde todt darin vorgefunden, Wiederbelebungsversuche waren erfolglos. Die *Sektion* ergab das Bild des Ertrinkungstodes, es war aber fraglich, ob nicht die künstliche Athmung von Einfluss darauf gewesen war. Versuche ergaben, dass bei postmortalem Eindringen von Wasser in die Lungen durch künstliche Athmung sowohl der Lungenbefund des Ertrinkungstodes, als die Verdünnung des Blutes und die stärkere Hämolyse im linken Herzen zu Stande kommen können, es lässt sich also dann nicht entscheiden, ob der Tod thatsächlich durch Ertrinken erfolgt ist. Eine Ausnahme bildet der Befund des „Emphysema aquosum", der sich, wie es scheint, bei postmortalem Eindringen von Wasser durch künstliche Athmung nicht erzeugen lässt.

Woltemas (Solingen).

495. **Neue Untersuchungen über die quantitative Absorption einiger giftiger Gase von Thier und Mensch durch den Respirationstractus und seine Theile;** von Prof: K. B. Lehmann. (Arch. f. Hyg. LXVII. 1. p. 57. 1908.)

Von *Ammoniak* werden 75—100% resorbirt, in der Hauptsache wohl durch die Luftwege, ob in den Alveolen selbst, ist noch zweifelhaft. Auch *Salzsäure* wird namentlich in kleinen Mengen und von Menschen fast vollständig resorbirt. Dasselbe gilt von der weniger schädlichen *Essigsäure*, während von *schwefliger Säure* erheblich weniger in den Körper aufgenommen wird. Beachtenswerth ist, dass bei Säureeinathmung durch die Nase Kehlkopf und Trachea nur sehr wenig abbekommen. Beide reagirten stets neutral und waren kaum angegriffen. *Schwefelkohlenstoff* endlich wird von Thier und Mensch zu etwa 20% absorbirt. Dippe.

496. **Ueber die praktische Bedeutung der Barberio'schen Spermareaktion;** von Paul Fraenckel und Rudolf Müller. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 16. 1908.)

Bringt man menschliches Sperma mit gesättigter Pikrinsäurelösung zusammen, so bildet sich ein Niederschlag, der mikroskopisch aus kleinen gelben Krystallen besteht. Diese von Barberio angegebene Reaktion ist nach den Untersuchungen der Vff. nur dann beweisend, wenn scharf lichtbrechende, gelbe, ovoidale oder nadelförmige Krystalle sofort reichlich und im Ueberschusse des Lösungsmittels auftreten. Vereinzelte ähnliche Krystalle bilden sich auch aus anderen Flüssigkeiten. Für gerichtliche Zwecke ist die Reaktion jedenfalls nur mit Vorsicht zu verwenden, ihr Ausbleiben beweist nichts. Dippe.

C. Bücheranzeigen.

32. **Handbuch der allgemeinen Pathologie;** herausgeg. von L. Krehl und F. Marchand. 1. Band: *Allgemeine Aetiologie.* Leipzig 1908. S. Hirzel. Gr. 8. IX u. 601 S. (18 Mk.)

Die Vereinigung der beiden ausgezeichneten Autoren zur Herausgabe eines Handbuches der allgemeinen Pathologie hat, wenn ich nicht irre, eine programmatische Bedeutung. Sie soll von vornherein darauf hinweisen, dass nicht nur die *pathologische Anatomie*, sondern ebenso die *Klinik* dazu berufen ist, an der Lösung allgemein-pathologischer Aufgaben mitzuarbeiten. Die Befähigung zu dieser Mitwirkung hat sich erst die moderne Klinik erworben, die (im Gegensatze zu dem nur der Verpflegung und Behandlung der Kranken gewidmeten „Krankenhause") den kranken Menschen auch als ein Objekt der allgemeinen wissenschaftlichen Forschung betrachtet und das krankhafte Geschehen im Organismus unter allgemeinen physiologischen und biologischen Gesichtpunkten zu verstehen trachtet. Man kann nicht leugnen, dass Angesichts der Energie, mit der an der Erfüllung dieser Aufgabe gegenwärtig in den Kliniken gearbeitet wird, zuweilen Zweifel auftauchen können, wie weit sich der berechtigte wissenschaftliche Eifer noch mit den Anforderungen der Humanität und der rein ärztlichen Pflichten vereinigen lässt. Allein, abgesehen von dem Vertrauen, das man in das humane Empfinden der meisten klinischen Aerzte setzen darf, wird man hierbei auch stets in dem schon oft ausgesprochenen Gedanken Beruhigung finden, dass die letzten Ziele der praktischen Heilkunde nur unter der Voraussetzung eines völligen theoretischen Verständnisses der Krankheitprocesse zu erreichen sind. Die äusseren Anforderungen des Lebens bringen es überdies schon so wie so mit sich, dass ein gewisser stiller Seitenblick auf die Möglichkeit einer praktischen Verwerthung auch bei den scheinbar entlegensten theoretischen Untersuchungen nur selten ganz zu fehlen scheint.

Aber noch in einer anderen Hinsicht wünschte ich, dass die Vereinigung des Klinikers mit dem pathologischen Anatomen als vorbildliches Zeichen aufgefasst werden möge. Seitdem das Aufblühen der pathologischen Anatomie allenthalben die Gründung besonderer pathologischer Institute noth-

wendig gemacht hat, werden die Sektionen und anatomischen Untersuchungen jetzt fast allenthalben nicht mehr von den behandelnden Aerzten ausgeführt, sondern von den pathologischen Anatomen, die den rein klinischen Interessen naturgemäss ferner stehen. Obwohl die Genauigkeit und Objektivität der rein anatomischen Untersuchung durch diese Arbeitstheilung oft unzweifelhaft gefördert wird, so wird doch hierdurch andererseits die einheitlich zusammenfassende und abschliessende Beurtheilung des gesammten Krankheitprocesses in seiner Entstehung und Entwickelung erschwert. Dieser Gefahr kann nur vorgebeugt werden durch ein beständiges Zusammenarbeiten und durch ein stetes gegenseitiges sich Ergänzen des Klinikers und des Anatomen, wie es glücklicher Weise ja auch schon vielfach vorhanden ist, aber doch auch oft noch enger und fruchtbringender gestaltet werden könnte. So möge auch das vorliegende gemeinsame Werk eines Klinikers und eines Anatomen in dieser Hinsicht vorbildlich und anregend wirken!

Das gesammte Handbuch ist nach den Angaben des Vorwortes auf 4 Bände berechnet. Der bisher vorliegende stattliche *erste* Band enthält zunächst eine kurze allgemeine *Einleitung* von F. Marchand, in der die allgemeinen Grundprincipien der Pathologie dargestellt werden, und beschäftigt sich sodann ausschliesslich mit der *allgemeinen Aetiologie*, also demjenigen Gebiete, auf dem gerade die gemeinschaftliche Arbeit des Klinikers und des Anatomen am nothwendigsten ist und sich bisher auch am fruchtbringendsten erwiesen hat. Der zu behandelnde grosse Stoff ist in 2 Abtheilungen gebracht worden, von denen die erste die Lehre von den *„äusseren Krankheitsursachen"* enthält.

Der *erste* Abschnitt (*äussere* Krankheitsursachen) zerfällt in 6 Capitel. F. Henke bespricht die *mechanischen*, F. Marchand die *thermischen* Krankheitsursachen, L. Aschoff die *strahlende Energie* (Licht, Röntgenstrahlen, Radiumstrahlen, Elektricität) als Krankheitursache. Im 4. Capitel erörtert derselbe Autor den Luftdruck und die klimatischen Faktoren. Das 5. Capitel enthält eine allgemeine Toxikologie, d. h. eine Besprechung der *chemischen* Krankheitursachen aus der Feder R. Boehm's und im 6. Capitel endlich werden die „belebten Krankheitsursachen" (kann eine *Ursache* wirklich belebt sein?) von C. Fraenkel und F. Marchand in eingehender Weise behandelt, wobei C. Fraenkel die „Lehre von der Infektion mit Einschluss der Protozoën und der pflanzlichen Parasiten", F. Marchand die thierischen Parasiten des Menschen bespricht.

Die *zweite* Abtheilung handelt von den *„inneren* Krankheitsursachen". P. v. Baumgarten hat das wichtige und interessante, freilich auch höchst schwierige Capitel von den *Krankheitanlagen*, von der angeborenen und erworbenen *Disposition*, sowie von der *Erblichkeit* der Krankheiten übernommen. Bei der Lektüre dieses Capitels habe ich öfters die Empfindung gehabt, als ob hier durch die Mitwirkung eines Klinikers die Darstellung in einzelnen Punkten noch mehr der Mannigfaltigkeit der thatsächlichen Vorkommnisse entsprechend hätte gestaltet werden können. Es handelt sich um ein Gebiet, wo die theoretische Erklärung noch fast vollkommen versagt, während die praktische Beobachtung doch schon eine Menge bemerkenswerther, zum Nachdenken anregender Thatsachen ergeben hat. Dem in der Praxis stehenden Arzte treten diese Thatsachen reichlicher und schärfer entgegen, als dem theoretischen Pathologen. In dem umfangreichen Schlusscapitel endlich behandelt G. Sobernheim in eingehender Weise die neuen Lehren von der *Immunität* und von den natürlichen *Schutzvorrichtungen* des Organismus. Ich glaube, dass dieses Capitel zunächst die meisten aufmerksamen Leser finden wird. Die Sobernheim'sche Darstellung ist auch durchaus geeignet zur Einführung in dieses ungemein interessante Gebiet, das vorzugsweise dazu angethan ist, die moderne Auffassung der Pathologie als eines Zweiges der Biologie zu rechtfertigen. Auffallend ist, dass dieses Capitel in den Abschnitt von den „inneren Krankheitsursachen" verlegt ist, wohin es doch eigentlich nicht gehört. Sein Inhalt sollte meines Erachtens der Lehre von den *Krankheitursachen* gegenübergestellt werden, als die Lehre von den Ursachen des *Gesundbleibens* und *Gesundwerdens*. Dagegen vermisse ich in der Darstellung der „inneren Krankheitsursachen" eine zusammenfassende Erörterung über die Entstehung der wirklich *„endogenen* Krankheiten" in Folge von Abweichungen der inneren Sekretion, des Gewebewachsthums, des chemischen Stoffwechsels u. A. Voraussichtlich hielten die Herausgeber eine allgemeine Erörterung dieser Fragen noch für verfrüht und wollten die endogenen Erkrankungen im Einzelnen erst in den folgenden Bänden besprechen lassen.

Wir wünschen den Herausgebern von Herzen, dass sie ihr schönes, gross angelegtes Werk zu einem guten Ende führen, und dass ihnen auch die verdiente Theilnahme des ärztlichen Publicum nicht fehlen möge! A. Strümpell (Breslau).

33. Studien und Mikrophotogramme zur Kenntniss der pathogenen Protozoën;

von Th. v. Wasielewski. 2. Heft: *Untersuchungen über Blutschmarotzer.* Leipzig 1908. Joh. Ambr. Barth. 8. IV u. 175 S. mit 25 Textbildern u. 8 Lichtdrucktafeln. (12 Mk.)

Das 2. Heft der Studien enthält zunächst eine Zusammenstellung der Kenntnisse über die Verbreitung thierischer Blutparasiten in Deutschland mit werthvollen Winken über die Beschaffung des Materiales und die Untersuchungsmethoden. Die Malariaparasiten in ihren verschiedenen Arten und Formen finden eingehende Darstellung neben ausgezeichneten Photogrammen, ebenso die Vogel-

plasmodiose, über deren Uebertragung und Verlauf W. zahlreiche eigene Untersuchungsresultate mittheilt, es gelang die Uebertragung durch 45 Generationen. Den Schluss bilden Mittheilungen über verschiedene Vogelblutschmarotzer. Die Ausstattung des Heftes ist vorzüglich. Walz (Stuttgart).

34. **Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde;** herausgegeben von Prof. Alb. Eulenburg. 4., gänzlich umgearb. Auflage. IV. Band. Berlin u. Wien 1908. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. IX u. 872 S. (28 Mk.)

Dieser Band beginnt mit einer vortrefflichen, mit mehreren schwarzen und farbigen Abbildungen ausgestatteten Abhandlung über *Diphtherie* von A. Baginsky. Unter *Eklampsie* ist nur die E. infantum (von Soltmann) erwähnt, die der Frauen (von Krönig) kommt später unter Eklampsie. Ueber Gebühr breit machen sich *Elektrodiagnostik* und *Elektrotherapie* von Remak. Zwischen beiden steht auch noch *Elektromagnetische Therapie* von Eulenburg. Recht ausführlich ist die Epilepsie von Binswanger bearbeitet; und dazwischen steht Vieles und Gutes. Dieser Band geht bis Fibrom. Vivat sequens. Dippe.

35. **J. von Mering's Lehrbuch der Inneren Medicin;** herausgeg. von Prof. L. Krehl. 5., vermehrte u. verbesserte Auflage. Jena 1908. Gustav Fischer. Gr. 8. XVI u. 1236 S. mit 6 Tafeln u. 236 Abbildungen im Texte. (13 Mk.)

v. Mering hat vor seinem Tode die neue Ausgabe seines Buches Krohl übertragen und er konnte wohl kaum einen Geeigneteren dafür finden. In einer warm geschriebenen Vorrede rühmt Kr. v. Mering als Forscher und gelobt das Werk in des Verstorbenen Geist und Sinn fortzuführen.

Etwas Weiteres über das Buch zu sagen, erübrigt sich angesichts der *fünften* Auflage. Es hat sich einen festen Platz erworben und wird diesen Dank allen seinen Bearbeitern auch behaupten.
Dippe.

36. **Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden für Studierende und Aerzte;** von Dr. Theodor Brugsch und Prof. Alfred Schittenhelm. Mit einem Beitrag: *Klinische Bakteriologie, Protozoologie und Immuno-Diagnostik;* von Dr. J. Citron. Berlin u. Wien 1908. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. XI u. 939 S. mit 341 Textabbildungen, 5 schwarzen u. 4 farbigen Tafeln. (20 Mk.)

Wenn man dieses neueste Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden mit seinen Vorgängern von vor etwa 20 Jahren vergleicht, bekommt man Respekt und Angst. Respekt davor, was man jetzt Alles zur Erkennung innerer Krankheiten weiss und kann, und Angst vor der Masse und der Unanwendbarkeit von Vielem für den armen Praktiker.

Es fängt ganz vertraut und behaglich mit Anamnese, Inspektion, Perkussion, Auskultation u. s. w. an, auch die Einzelheiten über die Untersuchung von Lungen, Herz, Gefässen, Punktionflüssigkeiten, Digestionapparat, Urogenitalapparat, Nervensystem sind noch nicht gar zu beängstigend. Dazwischen steht aber ein grosses Capitel: Untersuchung mit Röntgenstrahlen; der XII. Abschnitt heisst: Untersuchung des Harns unter Berücksichtigung der Stoffwechselpathologie; XIII. Methodik der Stoffwechseluntersuchungen mit einem Grundriss der Stoffwechsellehre; XIV. handelt eingehend von der Blutuntersuchung; XV. Klinische Bakteriologie, Protozoologie und Immunodiagnostik. — Das sind Capitel, in denen der praktische Arzt einfach nicht mit kann und ein gewissenhafter Mensch muss sich fragen: ja darfst denn Du überhaupt noch Kranke behandeln, wenn Dir so augenscheinlich wichtige Hülfsmittel der Diagnostik gar nicht zur Verfügung stehen? Nun, man muss und man darf. Zu verlangen ist allerdings, dass der Praktiker auch mit diesen ihm nicht zugänglichen Dingen einigermaassen Bescheid weiss. Einmal, weil sie überhaupt für seine Wissenschaft von grosser Bedeutung sind, und dann, damit er im gegebenen Falle sich rechtzeitig sagen kann, hier reichen Deine Hülfsmittel doch wohl nicht aus, das ist ein Kranker, der muss durchleuchtet oder sonstwie chemisch-physikalisch, bakteriologisch untersucht werden, der gehört eben in ein entsprechend ausgerüstetes Institut.

Darin, in dieser Einführung der praktischen Aerzte in ihnen fremdgebliebene Gebiete, liegt der grosse Nutzen der Fortbildungscurse und solcher Bücher, wie des vorliegenden. Vielleicht sollte in den Büchern noch mehr Rücksicht darauf genommen werden, dass gerade die neuen Capitel auch ohne alle Vorkenntnisse gelesen und verstanden werden können.

Nach dieser allgemeinen Betrachtung und von dem darin ausgesprochenen Standpunkte aus möchten wir das Buch von Brugsch und Schittenhelm entschieden empfehlen. Der gewaltige Stoff ist übersichtlich geordnet und im Einzelnen klar und anschaulich bearbeitet. Br. u. Sch. bezeichnen die innere Medicin als die Wissenschaft der pathologischen Physiologie und allenthalben legen sie die Physiologie ihren Erörterungen zu Grunde. Dippe.

37. **Die Pathologie und Therapie der plötzlich das Leben gefährdenden Krankheitszustände;** von Lenzmann. Jena 1907. Gustav Fischer. Gr. 8. XIV u. 522 S. (9 Mk.)

Das Buch ist aus der Praxis für die Praxis geschrieben. Es wird sowohl dem jungen Arzte, der im Beginne seiner Thätigkeit selbständig ernsten, plötzlichen und lebensgefährlichen Krankheitszustän-

den entgegentreten muss, als auch dem erfahrenen Praktiker ein empfehlenswerthes Nachschlagebuch sein. L. beschreibt in verschiedenen Capiteln die in Betracht kommenden Erkrankungen des Gehirns und Nervensystems, des Athmung-, Cirkulation- und Digestionapparates und des urepoëtischen Systems. Im letzten Abschnitte werden die plötzlichen, lebensgefährlichen Krankheitzustände besprochen, die durch abnormen Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes bewirkt werden. Aus seiner eigenen Erfahrung bringt L. dabei zur Illustration der einzelnen Krankheitbilder zahlreiche kurze, aber typische und treffende Krankengeschichten. Von den akuten Vergiftungen werden nur einige wenige angeführt. Es ist zu hoffen, dass L. dieses Capitel in einer späteren Auflage ausführlicher behandeln wird, da doch für den Leserkreis dieses Buches die Vergiftungen mit Mineralsäuren, Phosphor, Sublimat u. s. w. praktisch sehr wichtig sind und ein Lehrbuch der Toxikologie sich meistens nicht in der Bibliothek des praktischen Arztes findet.

Forstmann (Dresden).

38. **Dermatologischer Jahresbericht.** Unter Mitwirkung von Fachgenossen und in Verbindung mit W. Tamms herausgegeben von O. Lassar. I. Jahrgang: *Ueber das Jahr 1905.* Wiesbaden 1907. J. F. Bergmann. Gr. 8. XII u. 684 S. (18 Mk.)

Zum 1. Male ist auf dem Gebiete der Dermatologie ein selbständiger Jahresbericht erschienen. Es ist das Verdienst der Herausgeber, den umfangreichen Stoff der ganzen Jahresliteratur auf dem Gebiete der Dermatologie und aller mit ihr in Beziehung stehenden angrenzenden Disciplinen zu einem werthvollen Nachschlagewerke vereinigt zu haben. Hervorragende Dermatologen aller Länder haben durch ihre Betheiligung das Werk unterstützt. Sein Inhalt zerfällt in 3 Hauptabschnitte: Dermatologie, Lues und venerische Affekosen, Krankheiten der Geschlechtssphäre und der Harnwerkzeuge. Ausführliche Register erhöhen den Werth des Jahresberichtes. Boehme (Leipzig).

39. **Leucoderma syphiliticum;** von Dr. Alfred Brandweiner. Leipzig u. Wien 1907. Franz Deuticke. Gr. 8. 152 S. mit 2 chromolith. Taf. u. 2 Tabellen. (4 Mk.)

Die Monographie enthält einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage vom Leukoderma syphiliticum. Sie zerfällt in drei Theile: erstens einem *historischen,* der die gesammte einschlägige Literatur (von 1855 an) berücksichtigt und worin zunächst die Autoren aufgeführt werden, die die Erkrankung als Pigmentsyphilis, also die angeblich hyperpigmentirten Partien als die pathologischen schilderten, und worin die grundlegenden Ausführungen von Neisser und Riehl und die Untersuchungen Ehrmann's über das Hautpigment besonders eingehend gewürdigt worden. Der zweite Theil enthält die eigenen *klinischen* Untersuchungen Br.'s, die er an dem reichen Materiale der Finger'schen Klinik anstellen konnte. Innerhalb dreier Jahre beobachtete er dort insgesammt 421 Leukodermafälle (385 Frauen, 36 Männer), die er nach Zahl, Beruf, Alter und Haarfarbe der Patienten, eventuell Einfluss der Gravidität, Stadium und Alter der Syphilis, Lokalisation und Stärke des Leukoderms, sowie Zeit seines Auftretens und Zusammenhang mit anderen luetischen Erscheinungen abhandelt. Der dritte Theil endlich enthält, wiederum unter Berücksichtigung der Literatur über die Histologie des Leukoderms und der neueren Theorien über Bildung und Entstehung des Pigments, Br.'s eigene *histologische* Studien an herausgeschnittenen Hautstücken.

Boehme (Leipzig).

40. **Geburtshülflicher Röntgen-Atlas.** Herausgegeben von Prof. G. Leopold und Dr. Th. Leisewitz. 100 Tafeln in Lichtdruck mit begleitendem Text Deutsch, Englisch, Französisch. 1. Lief. Tafel 1—10. Dresden 1908. v. Zahn u. Jaensch. (10 Mk.)

Diese I. Lieferung enthält 3 Bilder nach Hebosteotomie, 2 nach Geburt bei engem Becken, 2 Bilder von Missgeburten, je 1 Bild vom Skelett und Gefässsystem des Kindes, 1 von Knochenverletzungen beim Neugeborenen. Die Bilder sind in der Dresdener Frauenklinik angefertigt worden und sind vortrefflich gelungen. Der zugehörige dreisprachige Text ist kurz gehalten; derart klare Abbildungen bedürfen auch keiner langen Erklärungen.

Das stattliche Work wird sicherlich gute Aufnahme finden und besonders zu Lehrzwecken mit grossem Nutzen zu verwenden sein. Dippe.

41. **Der Arzt als Erzieher des Kindes.** Vorlesungen von Prof. Ad. Czerny in Breslau. 2. Auflage. Leipzig u. Wien 1908. Franz Deuticke. 8. 103 S. (2 Mk.)

In sehr angenehmer Form, eindringlich, aber ohne Uebertreibungen erörtert Cz. kurz das Wichtigste von dem, was der Arzt zur Erziehung eines Kindes beitragen kann und soll. Gerade der Arzt, der die Eltern und das ganze „Milieu" kennt, aus dem das Kind hervorgegangen ist, kann am besten den richtigen Weg, die richtigen Mittel angeben, um bedenklichen Anlagen entgegenzuarbeiten, hier zurückzuhalten, dort zu schieben und so das Kind für den Kampf mit dem Leben möglichst geeignet zu machen. Frühzeitig muss damit begonnen und consequent muss vorgegangen werden, wenn wirklich etwas erreicht werden soll. Dass Cz. die „nervöse" Belastung und Anlage besonders betont, ist sicherlich richtig. Sie spielt bei der Erziehung die Hauptrolle.

Merkwürdig, dass Cz. den Verkehr mit der Natur gar nicht erwähnt. Spazierengehen hätte für Kinder keinen rechten Werth, weil sie dabei zu viel fragen und schwatzen. Dann haben sie einen

schlechten Begleiter. Spazierengehen mit liebevoller Beobachtung der Natur ist ganz gewiss von Nutzen. Man soll die Kinder bei Zeiten dazu anregen, selbst etwas zu pflanzen, entstehen, wachsen zu sehen. Sie sollen die häufigsten Pflanzen, Vögel, Schmetterlinge u. s. w. kennen lernen und liebgewinnen, darin liegt ganz gewiss ein wichtiges Erziehungsmittel.

Auch, dass Cz. gar nichts vom Alkohol sagt, ist dem *Ref.* aufgefallen. Der Alkohol spielt bei der Erziehung doch auch immer noch mit und man sollte jede Gelegenheit benutzen, um diesem Erzhallunken eins auszuwischen.

Und endlich — dass Cz. das Turnen mit nacktem Körper so kurzerhand als Spielerei abthut, erscheint dem *Ref.* nicht richtig. Luftbäder mit Turnübungen halte ich für ein sehr wichtiges Kräftigungs- und in gewissem Sinne Erziehungsmittel und ich bin überzeugt davon, dass man gerade von diesem Mittel recht bald sehr viel ausgiebigeren Gebrauch machen wird, als bisher.

Also: eine vortreffliche, anregende und belehrende Schrift, die recht viele Aerzte lesen sollten und die man auch halbwegs verständigen Eltern empfehlen kann. Dippe.

42. **Grundzüge einer sexuellen Pädagogik in der häuslichen Erziehung;** von Dr. Julian Marcuse. München 1908. Verlag d. ärztl. Rundschau (Otto Gmelin). 8. 45 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Etwas schwülstig wie der Titel. Die Rathschläge, die M. für die sexuelle Aufklärung giebt, die Beispiele, die er anführt, sind gut, aber bereits wiederholt einfacher und kürzer gegeben und angeführt. Es ist mit der „sexuellen Pädagogik" wie mit der Pädagogik überhaupt. Wer Geschick dazu hat, wird es richtig machen und wer kein Geschick dazu hat, sollte am besten die Hände davon lassen und einen Geeigneteren damit betrauen. Vielleicht ist es unter diesem Gesichtpunkte doch richtig, die ganze Sache der Schule, dem Schularzte, zu überlassen. Dippe.

43. **Pädagogik und Hygiene.** *Schul- und Volksgesundheitspflege in der praktischen Berufsthätigkeit des Lehrers.* Nach einem Vortrag gehalten auf der am 24. Mai 1904 zu Strassburg i. Els. stattgefundenen XI. Hauptversammlung des Katholischen Lehrerverbandes des Deutschen Reiches; von Johannes Berninger. Hamburg u. Leipzig 1904. Leopold Voss. Gr. 8. 79 S. (1 Mk. 20 Pf.)

B. vertritt die durchaus berechtigte Ansicht, dass das Lehrpersonal als Vertreter der Eltern neben der Beibringung der nöthigen Schulkenntnisse auch für die Wahrung und Förderung der geistigen und körperlichen Gesundheit seiner Schüler und Schülerinnen thunlichst zu sorgen habe und deshalb nicht nur einer wissenschaftlichen und pädagogischen, sondern auch einer ausreichend hygieinischen Vor-, Aus- und Weiterbildung bedürfe. Er behandelt im 1. Abschnitte die Nothwendigkeit und Aufgabe der Gesundheitpflege und in den folgenden des Lehrers hygieinisches Mitwirken in der Schule, ausserhalb derselben, die dringende Forderung für ihn auf dem hygieinischen Gebiete vorwärts zu streben und im Anschlusse hieran seine berechtigten Forderungen in dieser Beziehung. Wenn auch ein Theil der Forderungen hinsichtlich des Lehrers hygieinischer Thätigkeit in der Aufnahmeklasse, in den höheren Schulklassen und in der Anweisung der Schulsitzplätze durch die Institutien und Thätigkeit der Schulärzte erfüllt ist, so enthalten doch diese Abschnitte auch in pädagogischer Hinsicht für die Berufsgenossen so manche lehrreiche Winke und ergänzen die Thätigkeit des Arztes in den Unterrichtstunden selbst in so fördernder Weise, dass man nur wünschen kann, der ganze Lehrerstand mache sich die Grundsätze B.'s zu eigen. Empfehlenswerth zu lesen sind seine schulgesundheitlichen Forderungen für die einzelnen Unterrichtsdisciplinen. Nicht die Masse des religiösen Wissens sei nöthig, sondern der Grad, wie tief die religiösen Belehrungen die Herzen der Schüler ergriffen haben, das übermässige Kopfrechnen überwiege und überanstrenge das empfindliche schwache Gehirn der Schüler. Praktische Weisungen giebt B. für den deutschen Schreib- und Zeichen-, Geschicht-, Geographie- und Naturkunde-, Turn-, Gesang- und Handarbeitunterricht. Unter den Versündigungen gegen die Gesundheitpflege führt er mit Recht an die Methodenreiterei, das endlose Hinaufschieben der Lehrziele, das Schablonisiren und Uniformiren des Schullebens, den verfrühten Schuleintritt, verfrühten Beginn und zu lange Dauer des täglichen Schullebens, die unzweckmässige Behandlung der Schulzimmer und Corridore, das Kürzen der Ruhepausen. Wie der Titel sagt, ist der Vortrag hauptsächlich für Lehrer gehalten und es ist dem Wunsche B.'s nur zuzustimmen, dass der schulhygieinisch fühlende und handelnde Lehrer in dem sach- und fachkundig vorgehenden Schularzte einen seine Schulthätigkeit unterstützenden Freund erkennt. Weissenborn (Berlin).

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Dippe in Leipzig. — Verlag von S. Hirzel in Leipzig.
Druck von Otto Wigand m. b. H., Leipzig.

Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 299. **1908.** **Heft 3.**

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

497. **Zur Kenntniss der Eiweiss-Peptone;** von F. Rogozinski. 3. u. 4. Mittheilung. (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 229. 241. 1908.)

Die 3. Mittheilung bezieht sich auf die Pepsinpeptone des Bluteiweisses, und zwar auf den aus heissem Alkohol beim Erkalten ausfallenden Theil des Niederschlages, der in der alkalischen Lösung der Peptonphenylisocyanatfraktion durch Sättigung mit Kohlensäure entsteht. Es wurde darin die Stickstoffvertheilung studirt und ferner wurden die bei der Hydrolyse entstehenden Spaltungsprodukte isolirt und denjenigen der anderen Fraktionen gegenüber gestellt.

Die 4. Mittheilung enthält die Ergebnisse von Untersuchungen über den Jodquecksilberjodkalium-Niederschlag, der sich nach Pankreasverdauung von Bluteiweiss erzielen lässt. Die Zahl der Fraktionen ist bei der Trypsinverdauung grösser als bei der Pepsinverdauung. Nach längerer Einwirkung des Fermentes (Pancreatinum purum absolutum) wird sie aber auf zwei reducirt. Die als Phenylisocyanatverbindungen erhaltenen Produkte der Trypsinverdauung zeigen zum Theil das gleiche chemische Verhalten wie jene der peptischen Verdauung und sind anscheinend damit identisch.

Weintraud (Wiesbaden).

498. **Ueber die Bildung von Fett aus eiweissartiger Substanz im Brei der Calliphoralarven;** von Ernst Weinland. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXIII. 2. p. 197. 1908.)

„Aus meinen Versuchen hat sich ergeben, dass die Larven von Calliphora aus eiweissartiger Substanz (Wittepepton, gefressenes Fleisch), Fett, und zwar höhere, nicht flüchtige Fettsäure, zu bilden vermögen. Diese Fettbildung lässt sich sowohl mit dem intakten Thier, als auch mit dem Brei der Larven (unter Zusatz von Pepton und Wasser) erhalten. Es gelang, die Fettbildung stärker zu erhalten durch den Brei, als durch die intakten Larven.“ Bakterien sind dabei nicht im Spiele. Frischgelegte Eier waren wirkungslos. Die Fähigkeit der Larven zur Fettbildung ist nicht immer gleichmässig vorhanden, sie schwankt wahrscheinlich mit dem Vorgange der Häutung. Am stärksten ist die Fettbildung da, wo wenig Fett im Gewebe vorhanden ist. Die Gegenwart von O_2 ist nicht erforderlich; hohe Temperatur begünstigt den Vorgang.

W. geht auf die chemischen und biologischen Fragen näher ein, die sich aus seinen Feststellungen ergeben.

Dippe.

499. **Ueber die Katalyse der Frauenmilch;** von Dr. Franz von Torday und Dr. Arpad von Torday. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 3. p. 277. 1908.)

Vff. berichten über die Milch von 50 Frauen, die in Bezug auf katalytische Eigenschaften untersucht wurde. (Vermengung von 8 ccm steril aufgefangener Milch mit 10 ccm H_2O_2, Messung des entstehenden Sauerstoffes mittels Manometers im Liebermann'schen Apparat.) Es ergab sich, dass die frische Menschenmilch katalytische Fähigkeit besitzt, die wahrscheinlich mit dem Fettgehalte zusammenhängt. Sie kann durch Zuführung von Sauerstoff gesteigert, durch Kohlensäure vernichtet werden. Ein festes Verhältniss zwischen Fett- und Kochsalzgehalt einerseits, sowie katalytischer Fähigkeit andererseits besteht nicht. Das durch ein Chamberland'sches Sieb geseihte Laktosernm katalysirt nicht. Steril gehaltene Milch bewahrt ihre katalytischen Eigenschaften. Wird die Milch

nicht aseptisch aufgefangen, so kann die katalytische Fähigkeit durch Gährung zerstört werden. Formalinmilch hat geringere katalytische Kraft als steril gehaltene. Brückner (Dresden).

500. **Darstellung und Eigenschaft des proteolytischen Leukocytenfermentes;** von G. Jochmann und G. Lockemann. (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 11 u. 12. p. 449. 1908.)

Nachdem festgestellt war, dass die normalen polynucleären Leukocyten Träger eines stark wirksamen proteolytischen Fermentes sind, gelang dessen Darstellung bei Benutzung von menschlichem Knochenmark, Milz und Eiter als Ausgangsmaterial, dadurch, dass dieses zunächst 24—48 Stunden der Autolyse im Brütschrank überlassen und das Autolysat zur Entfernung der fettartigen Stoffe zunächst mit Alkohol-Aether behandelt wurde. Aus dem Rückstande wurde das Ferment mittels Glycerin aufgenommen und daraus mit Alkohol-Aether gefällt. Das so gewonnene Produkt löst sich beim Verreiben mit Wasser und physiologischer Kochsalzlösung und entwickelt so eine starke Verdauungskraft (auf Loeffler-Serumplatte, auf Fibrinflocken, auf Casein bei alkalischer Reaktion). In Witte-Pepton-Lösung bildet sich unter dem Einflusse des Enzyms Tyrosin. Auch Tryptophan und Ammoniak waren nachzuweisen, so dass also eine grosse Aehnlichkeit in der Wirksamkeit des Leukocytenfermentes mit dem Pankreastrypsin zu constatiren war. Die Prüfung des trocken erhitzten Fermentpulvers ergab von 75° an eine Abschwächung der Verdauungskraft. Gegenüber Formalin zeigt das Ferment im Eiter und in eingelegten fermenthaltigen Organpräparaten eine auffallende Resistenz; in reiner Lösung erfährt es schon durch 10proc. Formalin eine Beeinträchtigung. In analoger Weise gelang auch die Darstellung des Antifermentes aus der Oedemflüssigkeit in einem Falle von Herzinsufficienz. Weintraud (Wiesbaden).

II. Anatomie und Physiologie.

501. **Neuer Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulation;** von G. Leopold und A. Ravano. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 3. p. 566. 1907.)

Ueber den gleichen Gegenstand wurde 1883 eine Arbeit von Leopold und 1893 eine zweite von Leopold und Mironoff veröffentlicht. L. und R. fügen nun den bereits beschriebenen 71 Untersuchungen 24 neue hinzu und ziehen aus der Summe der 95 Beobachtungen folgende Schlussfolgerungen:

„Die Menstruation, d. h. der periodische Blutaustritt aus der Uterusschleimhaut hängt ab von der Gegenwart der Ovarien und von der genügenden Ausbildung der Uterusschleimhaut und nicht von dem einfachen Platzen eines Graaf'schen Follikels. Kurz vor und während des Platzens eines Graaf'schen Follikels pflegt in der grössten Zahl der Fälle im Ovarium ein starker Blutzufluss einzutreten. Dieser ist mit grösster Wahrscheinlichkeit die Ursache, weshalb die Ovulation häufig mit der Menstruation zusammenfällt. Wenn ein reifes Graaf'sches Follikel aufgebrochen ist, bildet sich ein Corpus luteum, dessen Alter man mit relativer Sicherheit von seiner Entstehung bis zur 7. Woche bestimmen kann. Die Ovulation folgt bisweilen einem eigenen periodischen Cyklus, bisweilen geschieht sie sprungweise, meistens jedoch fällt ihre Periodicität mit derjenigen der Menstruation zusammen. Die Ovulation findet in mehr als einem Drittel aller Fälle nicht gleichzeitig mit der Menstruation statt. Die Ovulation kann zu irgend welcher Zeit eintreten, auch wenn gar keine uterine Blutung erfolgt. Diese Thatsache macht es ausserordentlich wahrscheinlich, dass Conception auch zu jeder Zeit stattfinden kann. Die Menstruation kann stattfinden ohne Ovulation. Auch in der Zeit der senilen Schrumpfung der Eierstöcke kommen in ihnen noch ganz normale Follikel und Corpora lutea vor, woraus sich annehmen lässt, dass die Ovulation die Menstruation überdauern kann."

Die citirten beiden früheren und auch die jetzige Arbeit berücksichtigen nur die anatomischen zeitlichen Verhältnisse zwischen Ovulation und Menstruation und versuchen keine physiologische Erklärung zu geben. Kamann (Magdeburg).

502. **Ueber die Frage nach der Thätigkeit des Eierstocks in der Schwangerschaft;** von Alberto Ravano. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 3. p. 587. 1907.)

R. erkennt auf Grund umfangreicher mikroskopischer Untersuchungen keinen Unterschied an zwischen Corpus luteum menstruationis und Corpus luteum graviditatis, weder an Form, noch an Substanz. Er hält daher die bisherige Benennung: Corpus luteum spurium und Corpus luteum verum für nicht zutreffend, alle sollten Corpora lutea vera genannt werden, sei es, dass aus ihnen ein Ei hervorging, das befruchtet wurde, oder ein Ei, das nicht befruchtet wurde. Die bisherige Annahme, dass das Corpus luteum graviditatis immer im Ovarium während der ganzen Dauer der Schwangerschaft verbleibt, ist nicht zutreffend, da es, wenn auch selten, verschwinden kann, ohne eine Spur zurückzulassen. Bei der grösseren Zahl der Schwangeren findet sich eine Tendenz zu ovuliren. In einigen Fällen der Schwangerschaft findet eine vollständige Ovulation statt. Die Ovulation während der Schwangerschaft ist nicht so selten, da sie bei ungefähr 5% der Frauen stattfindet.

Kamann (Magdeburg).

503. **Entwicklungsgeschichtliche Analyse der Hyperdaktylie;** von Prof. N. Braus. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 8. 1908.)

Eingehende Studien (von Frau M. Kaufmann) über die Entstehung der überzähligen Zehen bei Houdanhühnern, die regelmässig fünf-, bez. sechszehige (statt der vierzehigen) Füsse besitzen, ergaben, dass es sich stets um eine *Aussprossung* der überzähligen Elemente, und zwar meist vom Motatarsale des Hallux, zuweilen von dessen Phalangen (sehr selten vom Tarsale des tibialen Fussrandes oder der Tibia selbst?) handelt — also um Vorgänge, die der *Teratologie* angehören, nicht um Zustände, die im Sinne der atavistischen Hypothese als Reste vollwerthiger Zehen eines Urfusses erklärt werden müssen. Im Laufe der Entwickelung nehmen diese accessorischen Sprosse vollkommen Gliederung und Merkmale der Zehen an. Die wechselnde Lokalisation, die man an den überzähligen Zehen antrifft, ist nicht aus „grob-mechanischen äusseren Einwirkungen" zu erklären, sie ist erklärbar, wenn man den ganzen Vorgang als eine „incomplette Verdoppelung des Fusses" auffasst. Ueber diese letzte Hypothese, ihre Begründung und ihre Verwerthbarkeit muss das Original nachgelesen werden.

Löhlein (Leipzig).

504. **Systematischer Hornnaevus – Naevus der Cornea – Cataracta juvenilis. Schwere Veränderungen des Augenhintergrundes;** von Prof. C. Kreibich. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21. 1908.)

Kr. führt die sämmtlichen Veränderungen auf eine gleichartige Störung in der epithelialen Anlage der Haut und des Auges zurück. Dippe.

505. **Neue Studien über die Hornsubstanz;** von P. G. Unna und Dr. L. Golodetz. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 2. 1908.)

Die menschliche Hornschicht besteht aus circa 13% Keratin A (Hülle der Hornzellen, härtester Theil), 10% Keratin B (Inhalt der Hornzelle), Ochsenhorn aus 6% Keratin A, 36% Keratin B. Den Rest bilden bei beiden lösliche Eiweissstoffe. „Während bisher nach allgemeiner Ansicht die Hornsubstanzen sich hauptsächlich durch einen viel grösseren Schwefelgehalt (3—5%) vor den anderen Eiweisssubstanzen auszeichnen und somit der Process der Verhornung mit einer Addition von Schwefel einherzugehen schien, ist das wesentliche Resultat unserer Arbeit, dass Koratin A, welches das letzte, reinste und gleichmässigste Produkt der Verhornung darstellt, an Schwefel relativ arm ist (im Mittel 1.75). Der S-Gehalt bei dem weniger widerstandsfähigen Keratin B, der ja nach der Darstellungsmethode etwas schwankt (1.26—2.22%), ist auch kein besonders hoher. Nach diesen Ergebnissen liegt keine Veranlassung vor, in einem hohen Schwefelgehalt ein Charakteristicum der Hornsubstanzen, anderen Eiweisssubstanzen gegenüber, zu erblicken." Dippe.

506. **Eine neue Stütze der Helmholtz'schen Resonanztheorie;** von Dr. Wittmaack. (Arch. f. Physiol. CXX. 3—5. p. 249. 1907.)

W. liess täglich, bez. jeden 2. bis 3. Tag circa 4 Wochen hindurch eine schrille Trillerpfeife über einem kleinen in den Gehörgang von Meerschweinchen eingeführten Glastrichter kräftig ertönen und beobachtete, dass hierdurch eine Degeneration im peripherischen Neuron des Ramus cochlearis hervorgerufen wurde, der schliesslich zu einem streng lokalisirten Schwund des Corti'schen Organes führte. Versuche, bei denen statt der Trillerpfeife eine reine, sehr laut tönende c^4-Pfeife verwendet wurde, führten zum gleichen Resultate. In diesen Fällen lagen die circumscripten geschädigten Stellen in der Höhe der zweituntersten Windung des Corti'schen Organes. Dittler (Leipzig).

507. **Ueber die chemisch-physikalischen Grundlagen des Sehens;** von Aage A. Meisling in Kopenhagen. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XLII. 4. 1907.)

M. betrachtet getrennt die 3 Formen der Lichtempfindung: 1) das Tagessehen, 2) das Dämmerungssehen und 3) das Eigenlicht der Netzhaut. Das Tagessehen will M. mit der drahtlosen Telegraphie vergleichen. Nach Hertz's Experimenten sind die elektrischen Wellen ebenso Aetherschwingungen wie die Lichtwellen, nur ist die Schwingungzahl eine verschiedene. Wie die verschiedenen elektrischen Wellen von besonders abgestimmten Empfängern (Autennen) am besten aufgenommen werden, so stimmen sich die Zapfen für die verschiedenen Lichtwellen ab, indem sie sich unter dem Reize des Lichtes verkürzen. In der Netzhaut mit ihrem verwickelten Bau haben wir nach Ansicht M.'s ein Transformationsystem für die Lichtwellen vor uns, wie wir es für elektrische Wellen bei den elektrischen Anlagen kennen. Zur Stütze seiner Ansicht zieht M. die photoelektrischen Netzhautreaktionen und den Ruhestrom der Netzhaut heran und kommt zu dem Schlusse, dass die Lichtwellen in Sinnesempfindung umgesetzt werden, indem sie weiter zu den Centralorganen als elektrische Schwingungen geleitet werden.

Bei dem Dämmerungsehen wirke die Netzhaut wie eine photographische Platte, nur dabei käme das in den Aussengliedern der Stäbchen sich findende Sehroth Boll's zur Geltung, das ja in den Organen des Tagesschens — den Zapfen — fehlt. Die Netzhaut fungirt also beim Tagessehen wie ein für bestimmte Töne abgestimmtes Musikinstrument, beim Dämmerungsehen wie eine mit Sehpurpur sensibilisirte photographische Platte. Weiter giebt M. dann noch eine Erklärung der Farbenblindheit und der Farbenauffassung, wie sie seiner Theorie entspricht.

M. hat seine Ansichten in fasslicher und fesselnder Weise darzulegen gewusst, so dass sich der Artikel wohl zu lesen lohnt. Fr. Schoeler (Berlin).

508. **Die Reaktion der Niere auf Blutverdünnung;** von Dr. Ernst Froy. 7. Mittheilung. (Arch. f. Physiol. CXX. 3—5. p. 117. 1907.)

Auf Eingabe von Wasser in den Magen nichtnarkotisirter Thiere erfolgt stets eine Harnvermehrung mit Sinken des osmotischen Druckes des Harnes unter den des Blutes. Spritzt man das Wasser unmittelbar in eine Vene, so tritt eine Harnvermehrung nur ein, wenn die Wasserinjektion langsam vorgenommen wird und ein gewisses Maass nicht überschreitet. Uebertreibt man den Wassereinlauf, so hört die Harnabsonderung überhaupt auf. Fr. führt diese eigenthümliche Erscheinung darauf zurück, dass übermässige Wasserzufuhr einen *Gefässkrampf* in der Niere zur Folge hat, der eine Sistirung ihrer Funktion bedingt. Hält sich die Blutverdünnung in mässigen Grenzen, so tritt nur eine *Tonusvermehrung* der Nierengefässe auf, die nach früheren Beobachtungen Fr.'s zu einer Steigerung der Harnabsonderung führt.

Dass es sich bei dem vollständigen Aufhören der Harnsekretion in Folge zu starker Blutverdünnung nicht um eine Schädigung der Niere handelt, geht daraus hervor, dass eine gleichzeitige Verabreichung von Coffein die Diurese wieder in Gang bringt.

Die Versuche wurden an Kaninchen und Hunden vorgenommen. Dittler (Leipzig).

509. **Analogien zur Wasserdiurese; weitere Anhaltspunkte für eine gefässverengernde Wirkung des Wassers auf die Niere;** von Dr. Ernst Frey. 8. Mittheilung. (Arch. f. Physiol. CXX. 3—5. p. 137. 1907.)

Der *Gefässkrampf*, der einem reichlichen intravenösen Einlauf von Wasser folgt, wird bis zu dem Grade der *Tonusvermehrung* der Gefässwand gemildert, wenn zuvor eine künstliche Erweiterung der Nierengefässe (etwa durch Kochsalzinfusion) herbeigeführt worden ist. Daraus darf auf einen direkten Antagonismus zwischen der Salz- und der Wasserwirkung auf die Niere geschlossen werden. Der nachträgliche Reiz des Wassers zur Gefässverengerung in der Niere nach vorangegangener Kochsalzinfusion lässt sich durch bekannte gefässverengernde Mittel (Morphin, Adrenalin) direkt ersetzen. Fügt man dem Einlaufe von Kochsalzlösung ein derartiges Mittel in angemessener Dosis bei, so beobachtet man genau dieselbe Harnverdünnung unter die Concentration des Blutes, zu der ein nachträglicher Wassereinlauf führen würde.

Dittler (Leipzig).

510. **Eine Analogie zur Salzdiurese: Die Harnvermehrung nach Nervendurchschneidung;** von Dr. Ernst Frey. 9. Mittheilung. (Arch. f. Physiol. CXX. 3—5. p. 154. 1907.)

Die Durchtrennung der Nierennerven hat eine Diurese zur Folge, bei der die Concentration des Harnes zwar etwas sinkt, aber immer noch weit über der des Blutes bleibt. Da nun die Nervendurchschneidung zu einer Erweiterung der Nierengefässe führt, der Einfluss der Nervendurchschneidung auf die Harnsekretion aber mit der Wirkung einer intravenösen Kochsalzinfusion vollständig übereinstimmt, so erblickt Fr. in seiner Beobachtung einen erneuten Hinweis darauf, dass „die Salzdiurese auf einer Gefässerweiterung beruht".

Dittler (Leipzig).

511. **Ueber den osmotischen Druck des Nierenparenchyms;** von Waichi Hirokawa. (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 11 u. 12. p. 458. 1908.)

Durch Einlegen von in Würfelform aus frischen Organen herausgeschnittenen Gewebestückchen in Kochsalzlösungen verschiedener Concentration lässt sich der osmotische Druck des Nierenparenchyms vermittelst Wägung vor und nach dem Verweilen in der Salzlösung ermitteln. Es ergab sich, dass der osmotische Druck der Nierenrinde ein sehr constanter ist und bei allen untersuchten Thiergattungen (Schwein, Rind, Katze, Kaninchen) innerhalb des osmotischen Druckes einer 1—2proc. NaCl-Lösung liegt. Er ist unabhängig von der Concentration des ausgeschiedenen Harnes. Der osmotische Druck des Nierenmarkes ist dagegen ausserordentlich variabel. Er ist fast ausnahmelos wesentlich grösser als derjenige der Nierenrinde, und zwar in um so höherem Maasse, ein je concentrirterer Harn ausgeschieden wird. Wenn durch die Infusion von Wasser- oder schwachen Salzlösungen die Ausscheidung eines sehr stark verdünnten Harnes erzielt wird, so kann der osmotische Druck des Nierenmarkes bis zu demjenigen der Nierenrinde herabgedrückt werden. Demnach nehmen die Zellen des Nierenparenchyms hinsichtlich ihres osmotischen Verhaltens anderen Gewebezellen gegenüber keinerlei Ausnahmestellung ein. Die molekulare Concentration des Harnes erhebt sich, so lange er innerhalb der gewundenen Nierenkanälchen verweilt, bei keiner der beobachteten Thierspecies über das $1^1/_2$—2fache der molekularen Concentration des Blutes. Einen höheren osmotischen Druck erlangt der Harn erst beim Passiren des Röhrensystemes des Nierenmarkes. Diese Erhöhung erklärt sich am ungezwungensten aus der Annahme einer im Nierenmarke erfolgenden Rückresorption von Wasser. Weintraud (Wiesbaden).

512. **Die Nierensekretion im Lichte der Adrenalinwirkung;** von P. Sehatiloff. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 213. 1908.)

„Das Adrenalin hat verschiedene Angriffspunkte, die direkt oder indirekt auf die Bestandtheile der Niere und damit auf die Harnabsonderung wirken. Es greift an dem einen oder anderen Punkte an, je nach dem Zustande, in dem sich die Harnabsonderung bei der Vergiftung findet. Man kann hier auch unterscheiden: die erste (Verengerung der

Gefässe) und die zweite Periode (Erweiterung der Gefässe). Der ersten (Reizung) entspricht Verminderung des Harnes, der zweiten (Ueberanstrengung) Vermehrung. Ceteris paribus reagiren stärkere Organisationen auf mittlere und grosse Dosen mit Verengerung, schwächere Organisationen mit der Erweiterung der Gefässe der Niere. Weiter, Verengerung und Erweiterung der Gefässe kann man gleichzeitig nicht nur an verschiedenen Orten des Organismus, sondern in demselben Organe sehen, z. B. in der Niere." Dippe.

513. **Zur Thermodynamik der Muskelcontraktion;** von Friedrich W. Fröhlich. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 11 u. 12. p. 596. 1908.)

Bernstein hat behauptet, dass bei der Reizung mit starken Oeffnungschlägen die Kraft des Muskels durch Abkühlung wächst, und hat danach den Satz aufgestellt: Der Nützlichkeitscoefficient der Muskelmaschine nimmt mit sinkender Temperatur zu. Nach Fr.'s Versuchen sind die Voraussetzung und dieser Satz falsch. „Die Höhenzunahme der Zuckung des abgekühlten Muskels schliesst nur eine scheinbare Mehrproduktion an mechanischer Energie in sich ein, der Temperaturcoefficient der mechanischen Energie ist genau wie der der chemischen ein positiver. Die scheinbare Steigerung der Leistungsfähigkeit durch die Abkühlung beruht genau wie die durch Ermüdung und Kohlensäurewirkung hervorgerufene Steigerung auf der Dehnung des zeitlichen Verlaufes (Schwingungsdauer) der Erregungswelle im Muskel, namentlich auf der Dehnung ihres absteigenden Schenkels." Dippe.

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

514. **Ueber Anaphylaxie, hervorgerufen durch Organextrakte (Linsen);** von Prof. R. Kraus, R. Doerr und Sohma. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 30. 1908.)

Die Linse enthält neben Präcipitinogen noch ein Antigen, das den anaphylaktischen Reaktionkörper auslöst. Linsenextrakte verschiedener Thierarten erzeugen bei Kaninchen Anaphylaxie. „Diese Anaphylaxie ist nicht so specifisch wie die mit Serum hervorgerufene. Thiere, vorbehandelt mit Linsen einer Thierart, reagiren mit anaphylaktischen Erscheinungen auch auf Linsen anderer Thierarten". Die Anaphylaxie ist aber eben so specifisch wie es die mit Linsen erzeugten Präcipitine sind. Dippe.

515. **Ueber Bakterienanaphylaxie;** von Prof. R. Kraus und R. Doerr. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28. 1908.)

„Aus allen diesen Experimenten ergiebt sich nur die bis in das Detail gehende Uebereinstimmung mit den Eigenschaften der anaphylaktischen Reaktionskörper gegen artfremdes Eiweiss. Wir müssen also im Bakterienleibe unabhängig von den Giften, gegen welche sich Antitoxine gewinnen lassen, noch andere Antigene annehmen, die aber im Organismus, ähnlich dem artfremden Eiweiss die Bildung specifischer anaphylaktischer Reaktionskörper auslösen." Dippe.

516. **Comment peut on combattre l'anaphylaxie?** par le Dr. Besredka. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 12. p. 950. 1907.)

Die Ueberempfindlichkeit hochimmunisirter Thiere gegen das Serum versucht B. dadurch zu bekämpfen, dass er das Serum auf 56°, 4 Tage hintereinander je 1 Stunde erhitzt. Damit nimmt aber auch die präventive Wirkung gleichermaassen ab. Indirekt lässt sich die Ueberempfindlichkeit bekämpfen, indem man Serum mit nur präventivem Titre anwendet. Walz (Stuttgart).

517. **Ueber anaphylaktische Erscheinungen bei Immunisirung mit Giften der Typhus- und Paratyphusbacillen;** von Prof. R. Kraus und Dr. R. v. Stenitzer. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 18. 1908.)

Um den Antitoxinwerth des Serum ihrer bisher subcutan vorbehandelten Typhus-Thiere zu steigern, gingen Kr. und v. St. zu intravenösen Injektionen über; 2 in dieser Weise behandelte Ziegen starben innerhalb von 5—12 Stunden. Die eingehendere Prüfung dieser (zunächst überraschenden) Thatsache führte Kr. u. v. St., besonders mit Rücksicht auf die sofort nach der Reinjektion einsetzenden Symptome, zu dem Ergebnisse, dass es sich um Anaphylaxie handele. Dieses Ergebniss steht mit älteren Feststellungen von Rosenau und Anderson im Einklange. Ueber weitere Experimente über analoge Erscheinungen bei Meerschweinchen (Vorbehandlung mit Typhus-, Cholera-, Dysenterie-Bacillen) werden Kraus und Doerr berichten. Löhlein (Leipzig).

518. **Les propriétés activantes des sérums vis-à-vis du venin de cobra;** par A. Calmette, L. Massol et C. Guérin. (Académie des Sciences, Séance du 25. Mai 1908.)

Die Vff. haben gezeigt, dass das Serum tuberkulöser Menschen oder Ochsen einen lecithinischen Körper enthält, der dadurch in Erscheinung tritt, dass das Cobragift durch ihn die Eigenschaft erhält, die rothen Blutkörperchen verschiedener Thierrassen aufzulösen. Weitere Untersuchungen wurden angestellt, um zu zeigen, welchen Einfluss die tuberkulöse Infektion auf die Abscheidung von Lecithin in das Blutserum haben kann. Es zeigte sich vor Allem, dass das Pferd, der Hund, die Ratte, die Ziege, das Lamm und das Kaninchen, also jene Thiergattungen, die gewissermaassen refraktär gegen Tuberkulose sind, normaler Weise Lecithin in ihrem Blutserum enthalten, während das Meer-

schweinchen, das nur geringe Mengen enthält, oder das Schwein, das Rind und der gesunde Mensch, die normaler Weise gar kein Lecithin in ihrem Serum besitzen, leicht der tuberkulösen Infektion unterliegen.

Die in diesem Sinne unternommenen Versuche haben erwiesen, dass die experimentale, auf venösem Wege vorgenommene tuberkulöse Infektion eine Abgabe von Lecithin an das Blutserum bewirkt, so lange die Temperatur niedrig bleibt, dass aber bei Beginn des Fiebers das Lecithin verschwindet. Tuberkulöse Bovideen haben in ihrem Serum eine Lecithinsubstanz, die im Stande ist, das Cobragift zu aktiviren, und zwar um so mehr, je ausgedehnter die tuberkulösen Läsionen sind, besteht aber Hyperthermie oder allgemeine Kachexie, so verschwindet diese Substanz vollständig. E. Toff (Braila).

519. **Vorrichtung zur qualitativen und quantitativen Gasbestimmung bei gasentwickelnden anaëroben Bakterien;** von Cand. med. G. Seiffert in Freiburg. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 46. 1907.)

Die einfache und sinnreiche Vorrichtung von S. beruht wesentlich darauf, dass auf das gut abgekühlte erstarrte Nährsubstrat in einem gewöhnlichen Reagenzglas (nach vorhergegangener Einsaat) Paraffin gegossen wird, das sogleich erstarren muss; im Brutschranke wird später das Paraffin hinreichend weich, so dass der Paraffinpfropf „wie der Kolben einer Dampfmaschine" durch das entwickelte Gas gehoben wird; an einer eingeritzten Scala lässt sich die Menge des Gases direkt (wenn auch nicht ganz genau) ablesen. Zur qualitativen Analyse dient dieselbe Vorrichtung mit einem einfachen Kunstgriffe.
Löhlein (Leipzig).

520. **Eine Diphtheridee und eine Streptothrix mit gleichem blauem Farbstoff, sowie Untersuchungen über Streptothrix im Allgemeinen;** von R. Müller. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 3. p. 195. 1908.)

M. isolirte aus Mandelbelag eine Diphtheridee, aus der Luft eine Streptothrix, die beide, jedoch nur auf Kartoffeln und Milch und unter 30° einen gleichartigen blauen Farbstoff bildeten. Walz (Stuttgart).

521. **Ein Fall von Diphtheriebacillenseptikämie;** von A. Ucke. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 4. p. 292. 1908.)

Aus dem Blute eines an Glutäalabscess nach Diphtherie erkrankten 27jähr. Mannes liessen sich Diphtheriebacillen von abgeschwächter Virulenz züchten. Sie fanden sich neben Staphylo- und Streptokokken auch im Glutäaleiter. Der Kr. genas. Walz (Stuttgart).

522. **Erfahrungen bei der bakteriologischen Untersuchung meningitisverdächtigen Materials;** von K. Stoevesandt. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 4. p. 295. 1908.)

Nach St. verhielten sich 27 im Jahre 1907 in Kiel isolirte Stämme von Meningokokken ganz entsprechend der Weichselbaum'schen, nicht der Jäger'schen Schilderung des M. intracellularis. Insbesondere fand keine Abänderung der Eigenschaften bei Weiterzüchtung statt. Niedrige Agglutinationswerthe beweisen nichts für Meningokokkeninfektion, denn auch Sera, die nicht von Genickstarrefällen herrührten, agglutinirten Meningokokken in Verdünnungen 1:30—1:100.
Walz (Stuttgart).

523. **Concerning certain parasitic protozoa observed in Africa;** by J. E. Dutton, J. L. Todd, E. N. Tobby. (Ann. of trop. Med. I. 3. p. 287. 1907.)

Der Bericht behandelt eine Reihe theilweise neuer Protozoën und Trypanosomen bei Hunden, Vögeln, Reptilien, Amphibien, Fischen und Arthropoden unter Beigabe ausgezeichneter Abbildungen. Es konnte ein ähnlicher Entwickelungsgang wie bei den schon besser bekannten Parasiten nachgewiesen werden. Walz (Stuttgart).

524. **Zweite Mittheilung über die Aetiologie der Tsutsugamuschikrankheit** *(Ueberschwemmungsfieber von Baelz);* von M. Ogata und K. Tschiwara. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 33. 1907.)

Die weiteren Untersuchungen bestätigten die früheren Befunde über die Sporozoën der Geschwüre des Ueberschwemmungsfiebers Baelz. Die Geschwürmasse ist auf Kaninchen und Ziegen übertragbar. Die Schizogonien sind beweglich, bilden sich aus Sporozoiten, entwickeln sich zu amöboiden Zellen und Gameten, Oocysten, Ookineten, Sporoblasten und Sporozoiten. Aus den die Krankheit durch ihre Stiche übertragenden Milben gelang es, die Tsutsugamuschisporozoën rein zu züchten.
Walz (Stuttgart).

525. **Ein Fall von Drakontiasis;** von H. Fabry. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XI. 9. p. 298. 1907.)

Aus einem Oberschenkelfurunkel eines Eingeborenen in Mahenge, der sich wahrscheinlich in Uganda inficirt hatte, wurde durch vorsichtigen allmählichen Zug innerhalb 4 Tagen ein 50 cm langer darmsaitenähnlicher zäher Wurm entfernt. Aus einem 2. Furunkel entleerte sich eine 15 cm lange junge typische Filaria medinensis.
Walz (Stuttgart).

526. **Uebertragung von Filarienkrankheiten durch Mücken;** von Prof. Fülleborn in Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XI. 20. p. 635. 1907.)

Die Uebertragung von Filarien durch Mücken nach Art der Malaria ist seit Manson's, Bancroft's u. A. Untersuchungen bekannt. Grassi und Noé fanden bei der Filaria immitis des Hundes, dass sich die Würmer in die Rüsselscheide der Mücke begeben. F. fand, dass die Filarien in der Spitze der Rüsselscheide durch die Dutton'sche Membran brechen, ausnahmeweise auch durch die innere Lamelle des Rüssels. Die Entleerung wird befördert, wenn Feuchtigkeit an der Rüsselscheidenspitze sich befindet. Walz (Stuttgart).

527. **Filarienfund in der menschlichen Milz;** von Dr. Rheindorf. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 4. p. 332. 1908.)

Befund einer Larve einer nicht genau feststellbaren, wahrscheinlich neuen Filarie in der Milz eines Nephritikers und Diabetikers. Walz (Stuttgart).

528. **Trypanosome transmission experiments;** by J. E. Dutton, J. L. Todd and J. W. B. Harrington. (Ann. of trop. Med. I. 2. p. 199. 1907.)

Die rapide Verbreitung der Schlafkrankheit kann nicht mit der mechanischen Uebertragung durch die Bisse blutsaugender Arthropoden allein erklärt werden. Sowohl im Säugethiere und Menschen, als in den Arthropoden ist ein Entwickelungscyclus bekannt, mit Blepharoplast-, Membran- und Geisselbildung, doch ist zu vermuthen, dass daneben noch ein Cyclus mit geschlechtlicher Entwickelung in dem einen oder anderen Wirth besteht.

Walz (Stuttgart).

529. **Contribution aux altérations du sang des animaux atteints de trypanosomiases expérimentales;** par V. L. Yakimoff. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersbourg XIII. 3. p. 243. 1908.)

Die Versuche beziehen sich auf die Trypanosomen der Nagana (Bruce). Bei Hunden folgt auf die Infektion rasche Abnahme der rothen Blutkörperchen, hierauf langsame Regeneration. Auch die weissen Blutkörperchen nehmen ab, um so mehr, je mehr Trypanosomen im Blute sind. In der Incubationzeit sind die neutrophilen Zellen leicht vermehrt, während der Krankheit besteht Hyperlymphocytose. In den letzten Tagen vor dem Tode entsteht Polynucleose. Walz (Stuttgart).

530. **Hepatitis bei experimenteller Trypanosomiasis;** von M. Battaglia. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 3. p. 328. 1908.)

B. hat schon 1903 genaue Untersuchungen über Wesen und Fortpflanzung des Trypanosoma der Flodermaus veröffentlicht, die viel Aehnlichkeit mit Trypanosoma Lewisii besitzt und ein echter Blutparasit ist. Experimentell lässt sich mit ihr eine echte parenchymatöse Hepatitis erzeugen. Walz (Stuttgart).

531. **Contribution à l'étude du surra d'Indochine;** par H. Schein. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 9. p. 739. 1907.)

Nach Sch. scheinen die Trypanosomenkrankheiten Cochin-chinas durch den gleichen Parasiten hervorgerufen zu werden, der je nach seiner Herkunft verschiedene Virulenz zeigte. Büffel und Rinder spielen die Hauptrolle bei der Verbreitung der Surra. Pferde sind daher von diesen fernzuhalten, kranke Thiere zu schlachten. Büffel werden durch Ueberstehen der Surra nicht immun und ihre äusseren Krankheiterscheinungen können Parasitenträger sein. Der Speichel von kranken Pferden scheint nicht infektiös zu sein. Sonne und Hitze ist ohne Einfluss auf die Surra. Die Parasiten verschwinden bei gleichzeitigen septikämischen Infektionen, z. B. Milzbrand.

Walz (Stuttgart).

532. **Contribution à l'étude microbiologique et expérimentale du Pian;** par C. Levaditi et L. Nattan-Larrier. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 3. p. 260. 1908.)

L. u. N.-L. gelang es nicht, Framboesia tropica (Pian) auf syphilitische Affen zu übertragen, Syphilis scheint also Immunität gegen Frambösie zu erzeugen, nicht aber, wie Halberstädter, Castellani u. A. meinen, umgekehrt. Morphologisch ist die Spirochaete der Frambösie (Sp. pertennis) derjenigen der Syphilis so ähnlich, dass L. u. N.-L. sie als abgeschwächte Varietät des Treponemn pallidum ansehen. Walz (Stuttgart).

533. **Zur Frage der Silberspirochaete;** von O. Meyer. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 4. p. 319. 1908.)

M. fand 18 macerirte nicht luetische Früchte in allen ordenklichen Stadien der Maceration völlig frei von Spirochaeten, 8 luetische zeigten positiven Befund. In 3 Fällen ohne anatomisch sicher nachweisbare Syphilis fanden sich Spirochaeten. Letztere 3 Fälle sprechen nicht gegen die Bedeutung der Spirochaeten, wohl aber ist bei dem übrigen Resultate kaum an die Fibrillennatur der Silberspirochaete mit Saling und Siegel zu glauben möglich.

Walz (Stuttgart).

534. **Untersuchungen über Spirochaete pallida bei congenitaler Syphilis;** von G. Hedrén. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 3. p. 232. 1908.)

H. fand bei 21 Kindern oder Föten, die pathologisch-anatomische Veränderungen syphilitischer Natur zeigten, nach der Silbermethode Spirochaeten in jedem Falle, in 8 dieser Fälle auch in Organausstrichen. Dagegen fehlten Spirochaeten bei 14 nicht syphilitischen Neugeborenen und bei 9 stark macerirten Foten. Es kann sich demnach nicht um Gewebefibrillen oder Kunstprodukte handeln, sondern um Mikroorganismen, für deren Beziehung zur Syphilis zahlreiche Umstände sprechen.

Walz (Stuttgart).

535. **Ueber die Wirkung des Giftes der El Tor-Vibrionen;** von Dr. C. J. Rothberger. (Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. IV. p. 627. 1907.)

Aus seinen Versuchen an Kaninchen und Katzen, sowie an dem nach Langendorff isolirten Kaninchenherzen schliesst R., dass das bei Injektion von Culturfiltraten der El Tor-Vibrionen den raschen Tod der Versuchsthiere herbeiführende Gift ein akutes Herzgift ist, und dass das gleichzeitig vorhandene Hämotoxin an der akuten Giftwirkung nicht betheiligt ist: Die Giftwirkung tritt am überlebenden Herzen auch bei Abwesenheit von rothen Blutkörperchen (Durchströmung mit Ringer'scher Flüssigkeit, der das Toxin zugesetzt ist) ein. Löhlein (Leipzig).

536. **Ueber Hypertrophie und Organcorrelation;** von Dr. R. Roessle. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 8. 1908.)

R. erörtert die verschiedenen Arten correlativer Hypertrophie und bringt eine ganze Reihe eigener Beobachtungen, zum Theil von grossem Interesse, zum Thema bei. Hervorgehoben seien 2 Fälle von Hypertrophie des rechten Herzens bei obliterirender Endarteriitis der Lungenarterienästchen (der eine davon betraf ein 20jähr. Mädchen), ferner ein Fall von Hypertrophie des linken Herzens bei sogen.

angeborener Enge der Aorta, in dem R. der *Dünnwandigkeit* des Gefässes eine besondere Bedeutung für seine funktionelle Minderwerthigkeit beimisst. Er erwähnt weiter Fälle von (als compensatorisch gedeuteter) Hypertrophie der Media der Mesenterial-, Netz- und Darmarterien, sowie der Leberarterienäste selbst bei Erkrankungen der Leber; des Weiteren beschreibt er ganz kurz einen Befund, den er als echte Hypertrophie der Aorta (bei brauner Herzhypertrophie und gleichzeitig bestehenden Schrumpfnieren) auffasst. Aus den weiteren Darlegungen sei noch auf Befunde von wahrer (ebenfalls als correlativ gedeuteter) Hypertrophie der Leber (beim Diabetes in erster Linie, aber auch in anderen Fällen) hingewiesen. Zurückhaltend äussert sich R. über die Bedeutung der Thymus-Hypertrophie bei Basedow'scher Krankheit. Als sicher auf correlativem Wege entstanden sieht er die Hypertrophie der Hypophysis bei Castration an.

Löhlein (Leipzig).

537. **Das Wesen der Avidität der Zellen zu den Nährstoffen und die Entstehung der Geschwülste aus verlagerten Keimen.** *Eine theoretische Studie;* von Dr. Franz Orthner. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 41. 1907.)

O. nimmt an, dass die Avidität der Zellen zu den Nährstoffen auf der nahen chemischen Verwandtschaft zwischen den Bestandtheilen des Protoplasma und den Nährstoffen beruhe, die auch die Ursache für die grosse Labilität der entstehenden Verbindungen sei. Im Gegensatze zu den starren Verbindungen der anorganischen Materie treten in der organischen leicht Umlagerungen ein, die im Zusammenhange mit dem complicirten Aufbau die Mannigfaltigkeit der Leistungen und der Formen bedingen, in letzter Linie wohl auch das „Leben" selbst. Sind diese Annahmen richtig, so würde daraus auf das Vorhandensein von chemischen Spannkräften zu schliessen sein, die bei der Nahrungsaufnahme in lebendige Energie umgesetzt werden. Mit dem zunehmenden Alter des Körpers brauchen sich die Spannkräfte allmählich auf, in gleichem Maasse nimmt die Avidität der Zellen zu den Nährstoffen ab; zugleich entstehen stabilere Verbindungen, die Zellen erstarren (Verminderung der Regenerationfähigkeit im Alter).

In verlagerten Zellen können nun chemische Spannkräfte sich aufspeichern, da diese Zellen dem Blutgefässsysteme vielleicht nicht normal angefügt sind und funktionell auch nicht besonders in Anspruch genommen werden. Gerathen diese mit grosser Avidität ausgestatteten Zellen in günstige Ernährungsbedingungen (Trauma, Entzündung) oder wird der Ueberschuss der Spannkräfte so gross, dass sie sich trotz der durch die Verlagerung gegebenen Widerstände in Energie umsetzen, so ist das Resultat in erster Linie eine starke Proliferation der Zellen, die dann zur Geschwulstbildung führen kann.

Versé (Leipzig).

538. **Wachsthum und Wachsthumsstillstand gutartiger und bösartiger Geschwülste;** von Dr. Franz Orthner. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 45. 1907.)

Die aus verlagerten Keimen hervorgegangenen Geschwülste wachsen nach Ansicht O.'s (siehe das vorige Referat) in Folge der Spannkraftdifferenz rücksichtslos den übrigen differenzirten Geweben des Körpers gegenüber, so lange der Ueberschuss an Spannkräften anhält, und um so schneller, je grösser er ist, was mit der mehr oder weniger frühen zeitlichen Ausschaltung der Keime zusammenhängt. Aber auch äussere Umstände beeinflussen die Ausdehnung der Geschwulst. Das Wachsthum hört auf, wenn der Spannkraftunterschied ausgeglichen ist. Dieses erlebt der Träger bösartiger Neubildungen meist nicht; bei den durch Generationen fortgezüchteten Mäusecarcinomen aber ist dieser Ausgleich der Spannkräfte vielleicht die Ursache der schliesslichen Erschöpfung ihres Wachsthums und der Grund zu der in einigen Fällen beobachteten Entwickelung eines Sarkoms, indem jetzt die in Folge der vorhergehenden relativen Unterernährung [?] mit einem Spannkraftüberschusse ausgestatteten Bindegewebezellen die Oberhand gewinnen. Auch das Wachsthum in der Geschwulst selbst richtet sich nach der Vertheilung der Spannkräfte: Im Centrum, wo sich die Geschwulstzellen das Gleichgewicht halten, ist die Wucherung geringer, als in der Peripherie, wo sie mit normalen Gewebezellen zusammenstossen.

Versé (Leipzig).

539. **Bemerkungen zu den Aufsätzen des Herrn Dr. Orthner.** *„Das Wesen der Avidität der Zellen zu den Nährstoffen und die Entstehung der Geschwülste aus verlagerten Keimen"*, Wien. klin. Wchnschr. XX. 41. 1907 und *„Wachsthum und Wachsthumstillstand gutartiger und bösartiger Geschwülste"*, Ebenda 45; von Prof. P. Ehrlich. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 49. 1907.)

Die in den Arbeiten Orthner's entwickelte Theorie beruht auf demselben Gedankengange wie die viel ältere, von Orthner nicht ausdrücklich angeführte Theorie E.'s, nämlich auf der Annahme eines Differentials der Aviditäten, das zur Geschwulstbildung Veranlassung giebt. Neu ist an den Orthner'schen Ausführungen die Hypothese, dass in irgendwie geschädigten, beispielsweise verlagerten Zellen chemische Spannkräfte sich anhäufen sollen. E. weist nun nach, dass gerade die Sarkomentwickelung beim Mäusecarcinom, auf die Orthner exemplificirt, nicht hierdurch erklärt werden kann; denn das Auftreten des Sarkoms ist nicht an die primäre Erschöpfung des Carcinomwachsthums geknüpft, wie Orthner meint. Auch ist die Deutung Orthner's nicht recht verständlich, dass die nun die Oberhand gewinnenden Bindegewebezellen vorher unterernährt gewesen sein sollen (siehe das vorige Referat). Versé (Leipzig).

540. **Ueber Pathogenese und über den specifischen Abbau der Krebsgeschwülste;** von Prof. Bergell und Dr. Sticker. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 38. 1907.)

Durch Injektion von „specifisch ablauenden Leberfermenten" (nach dem Vorgange von E. von Leyden und P. Bergell, die das ungehemmte Wachsthum der malignen Geschwülste durch den Mangel an einer fermonthydrolytischen Kraft des befallenen Körpers erklären wollen) gelang es B. u. St., die experimentell erzeugte Sarkomatose des Hundes in einem Stadium noch zu beseitigen, in dem erfahrungsgemäss eine Selbstheilung ausgeschlossen ist. Es erfolgten schneller Zerfall und Resorption der Tumormassen.

Versé (Leipzig).

541. **Experimentelle Beiträge zur Carcinomfrage;** von Dr. J. Hofbauer. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 41. 1907.)

Auf Grund seiner Untersuchungen über die Vorgänge bei der Placentation, die im Wesentlichen auf 2 Faktoren zurückzuführen sind, nämlich auf eine specifische Wachsthumsenergie des Zottengewebes und eine den Zottenepithelien eigenthümliche besondere Fermentwirkung, kommt H. zu der Ansicht, dass auch im Carcinomgewebe sich ähnliche Processe abspielen müssten. Ist dieses der Fall, so müssten sich in den Krebsen die Spaltungsprodukte dieser Fermente nachweisen lassen. In der That fanden sich Albumosen, Arginin und Lysin, Stoffe, die bei der gleichen Verarbeitung aus normalen Organen nicht darstellbar sind. Es spalten also die Carcinomfermente reichlich Eiweiss; die Anaplasie der Zelle äussert sich in dem geänderten Chemismus. Es bleibt dabei nur die Frage offen, ob neue Enzyme entstehen, oder ob schon bestehende von den hemmenden Einflüssen befreit werden. H. neigt zu der letztgenannten Annahme, durch die er auch die alte Anschauung von dem Grenzstreite zwischen Epithel und Bindegewebe am besten erklären zu können vermeint, indem er den im Epithel vorhandenen Fermenten ein im Bindegewebe enthaltenes Antiferment gegenüberstellt. Wird das chemische Gleichgewicht gestört (Trauma, Entzündung), so kann das Epithel in das fremde Gebiet eindringen, wo es dann bessere Ernährungsbedingungen antrifft. Voraussetzung dabei ist also, dass jeder Epithelzelle die Befähigung zur ungebundenen Vermehrung und zum infiltrativen Wachsthum von vornherein innewohnt. Eine therapeutische Folgerung aus dieser Theorie wäre die, dass man Antitrypsin oder antitrypsinhaltige Sera (Schwein) einspritzt, da die eiweissspaltenden Vorgänge im Carcinom nach dem Typus der tryptischen Verdauung verlaufen, oder dass man aktiv mit Fermenten des Carcinomgewebes immunisirt.

Versé (Leipzig).

542. **Experimentelle Beiträge zur Geschwulstlehre;** von Dr. Apolant, Prof. Ehrlich und Dr. Haaland. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 2. 1906.)

Die Vff. haben seit ihrer ersten Mittheilung zwei weitere Mäusecarcinome gesehen, die bei späteren Generationen in reine Sarkome übergingen. Einen ähnlichen Fall beim Menschen, Adenom der Thyreoidea, bei den Recidiven als Sarkom imponirend, verdanken sie Schmorl. Von einfacher Entzündung oder von Verwechslung der Thiere kann keine Rede sein. Die Ursache dürfte in Reizwirkung des Carcinoms und folgender sarkomatöser Degeneration des Geschwulstgerüstes beruhen. In einem anderen Falle von gleichzeitiger carcinomatöser und sarkomatöser Struktur blieb die spontane „Reinigung" von Carcinom bis zur 12. Generation aus. Es gelang durch Erhitzen der Gewebestücke vor der Transplantation die Wachsthumsenergie so zu verändern, dass das Carcinom zurücktrat; aber auch der sarkomatöse Theil wurde modificirt, indem zahlreiche Riesenzellen auftraten.

Walz (Stuttgart).

543. **Recherches sur le cancer expérimental des souris;** par J. Bridré. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 10. p. 760. 1907.)

Nach B. ist die Immunität der Mäuse gegen das experimentelle Carcinom keine anticarcinomatöse Immunität im eigentlichen Sinne; sie ist nicht specifisch, sie lässt sich sowohl durch Injektion von carcinomatösem, wie von normalem Gewebe der Maus (Blut, Hoden, Milz, Leber) übertragen, wenn auch im ersteren Falle, die Milz ausgenommen, die Immunität stärker ist. Letztere ist proportional der injicirten Gewebemenge. Walz (Stuttgart).

544. **Untersuchungen über den von O. Schmidt angegebenen protozoonähnlichen Parasiten der malignen Tumoren und über „Cancroidin" (Schmidt);** von Dr. B. Baisch. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 7. 1908.)

B. bestätigt die Angaben Schmidt's, dass in den frischen Präparaten steril entnommener und aufbewahrter Carcinomstückchen eigenartige feine Ringe mit doppelten Conturen auftreten, in denen nach einiger Zeit auch kleine Körnchen sichtbar werden. Ein sicheres Urtheil über die Natur dieser Gebilde aber konnte er nicht gewinnen; sie fehlten in ähnlich hergestellten Präparaten von gutartigen Tumoren. Züchtungen ergaben, wenn sie überhaupt erfolgreich waren, nie den reinen Mucor racemosus, den Schmidt als Zwischenwirth bezeichnet hat, sondern verschiedene Mucorarten, mitunter aber auch reichlich Bakterien.

Injektionen von „Cancroidin" hatten nur selten eine Reaktion zur Folge. Infektionen von 250 Mäusen mit Mucor ergaben *einen* positiven Erfolg: bei einer männlichen Maus hatte sich ein haselnussgrosser

Tumor, der im Centrum nekrotisch war, an seiner Peripherie aber aus grossen angeblich epithelialen Zellen zusammengesetzt war, an der Injektionstelle entwickelt. Versé (Leipzig).

545. **Blutserologische Untersuchungen beim Carcinom des Magens und Darms**; von Dr. B. Rosenbaum. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 9. 1908.)

R. hat die von Kelling angegebenen Untersuchungsmethoden, die auf dem Gedankengange beruhen, dass das Serum von Krebskranken auf gewisse Sorten von Thierblut eine grössere hämolytische Wirkung ausüben müsse [gemäss der Kelling'schen Implantationtheorie! *Ref.*], als das Serum von Gesunden, nachgeprüft und gefunden, dass bei 54% der Carcinomkranken ein höherer Werth sich ergab, als bei den Controlversuchen mit normalem Serum. Niemals wurde ein Ausschlag bei Schaf- und Rinderblut beobachtet, so dass praktisch nur noch Schweine- und Hühnerblut in Betracht kommen. R. glaubt, einen positiven Ausschlag als Hülfsmittel bei der Diagnose Krebs verwerthen zu können. Versé (Leipzig).

546. **Ein sehr junger maligner Mammatumor.** *Zugleich ein Beitrag zur Kenntniss der Heilungsvorgänge beim Carcinom;* von Dr. G. v. Saar. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 2. 1908.)

In der Mamma einer Frau jenseits des Klimakterium, die nie geboren hatte, fanden sich beginnende Involution, Cysteubildung und ein Tumor, der wegen seines Eindringens in fremde Gewebe (Fett- und Endoneurium), sowie seiner morphologischen Eigenschaften wegen als Carcinom bezeichnet werden musste. Gleichzeitig fand sich eine colossale Wucherung des elastischen Gewebes im Bereiche des Carcinoms stellenweise bis zum Untergange epithelialer Gebilde; daneben degenerative Erscheinungen im elastischen Gewebe.

P. Wagner (Leipzig).

547. **Ein Fall von Elephantiasis endometrii fibrosarcomatosa gigantocellularis**; von J. Felländer. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 1. p. 144. 1907.)

F. beschreibt eine von der gesammten Schleimhant des Corpus uteri einer 48jähr. Frau ausgehende mächtige Wucherung, die an einer Anzahl von Stellen in grosse, zum Theil ödematöse Polypen übergeht. Die Wucherung ist fast durchweg von einer platten Epithelschicht bedeckt und grenzt sich nach der Muskulatur hin scharf ab. Das Geschwulstgewebe besteht in den älteren Theilen aus einem kräftig und sehr reichlich entwickelten Bindegewebestroma, in das Zellen von stark wechselnder Grösse und Form mit verschieden grossen und verschieden geformten Kernen eingebettet sind. Ausserdem kommen Riesenzellen von wechselndem Aussehen in grossen Mengen, besonders in den zellenärmeren Theilen vor. Die lediglich diffus verdickten Theile der Schleimhaut zeigen eine starke interstitielle Endometritis mit spärlichen Drüsen. Auch in dieses Gewebe sind Riesenzellen eingelagert.

Die ganze Wucherung geht aus von dem interglandulären Gewebe der Corpusschleimhaut, ist aber kein gewöhnliches zellenreiches Sarkom, sondern ein voll ausgereiftes Gewebe, ein kräftig entwickeltes fibrilläres Bindegewebe mit spärlicher Zelleneinlagerung. Das Auftreten von Riesenzellen gerade in den zellenärmeren Gebieten erscheint fast als das Signal einer Abstellung der Geschwulstwucherung; dazu kommt der Befund von Riesenzellen in der endometritischen Schleimhaut, also an Stellen, wo von Sarkom nicht die Rede sein kann. F. bezeichnet die eigenthümliche, möglicher Weise ein Zwischenstadium zwischen der sogenannten Fibromatosis uteri und den gewöhnlichen Sarkomformen der Corpusschleimhant darstellende gutartige Geschwulstform als *Elephantiasis endometrii fibrosarcomatosa gigantocellularis.* Kamann (Magdeburg).

548. **Contribution à l'étude expérimentale des cellules géantes**; par Ed. Retterer. (Journ. de l'Anat. et Physiol. XLIII. 6. p. 652. 1907.)

R. hat in Folge cutaner Reizung epitheliale Wucherungen erhalten, und dabei eine Umwandlung epithelialer Elemente in Bindegewebe beobachtet. An anderen Stellen traten Degenerationen auf und hier will er eine Umwandlung epithelialer Zellen in polynucleäre Leukocythen beobachtet haben, während häufig in Folge amitotischer Zellentheilung ohne darauf folgende Protoplasmatheilung Riesenzellen mit vielen distinkten Kernen entstanden. G. F. Nicolai (Berlin).

549. **Ueber die Radiumverbrennung der Haut**; von Dr. M. Matsurka. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4 u. 6. 1908.)

M. unterscheidet 3 Stadien in den histologischen Veränderungen der mit Radium bestrahlten Kaninchenhaut; nämlich: Abschuppung oder Krustenbildung; Gewebenekrose; Bindegewebewucherung in der Coriumschicht. Die Radiumstrahlen wirken also auf die Organismen einerseits destruktiv, andererseits produktiv ein. Diese Wirkungen des Radiums sind es wahrscheinlich, deren wir uns bei der Radiumbestrahlung zum Heilzwecke der epithelialen Geschwülste, z. B. der Krebse bedienen.

P. Wagner (Leipzig).

550. **Studien über die Hydrämie bei Nephritis**; von Mieczyslaw Halpern. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 585. 1908.)

Ueber den Begriff der „Hydrämie" herrscht noch keine Einigkeit. H. stellt aus seinen Untersuchungen Folgendes fest:

„1) In den Fällen von chronisch-parenchymatöser Nephritis mit erhaltener Leistungsfähigkeit der Nieren kann der Gehalt an Wasser, Stickstoff und Chloriden sowohl im Gesammtblute, wie speciell im Plasma und in den Blutkörperchen völlig unverändert bleiben; eben so normal bleibt dann das Verhältniss der Plasmamenge zu den Blutkörperchen.

2) Trotz einer deutlichen Funktionsstörung der Nieren (Oedeme) kann das Gesammtblut seinen normalen Gehalt an Trockensubstanz, resp. an Gesammtstickstoff behalten; es findet jedoch in solchen Fällen eine Verwässerung des Plasmas und eine Vermehrung der Plasmamenge im Verhältniss zu den Blutkörperchen statt; das Fehlen von Hydrämie schliesst also die Hydroplasmie nicht aus und

hängt von der compensirenden Vermehrung der Trockensubstanz, resp. des Stickstoffgehaltes in den Blutkörperchen ab; diese Vermehrung ist wahrscheinlich durch die veränderten osmotischen Verhältnisse und möglicherweise auch durch andere zur Zeit unbekannte Faktoren hervorgerufen.

3) Die Hydrämie ohne Verwässerung des Plasmas, d. h. ohne Hydroplasmie betrifft vorwiegend ödemfreie Fälle und hängt von der vergrösserten Plasmamenge im Verhältniss zu den Blutkörperchen ab, und zwar in Folge von Veränderungen der letzteren; es sind ausser der Verminderung der Zahl der Blutkörperchen auch Veränderungen qualitativer Art, welche entweder denjenigen bei Chlorose — verminderter Eiweissgehalt, oder denjenigen bei perniciöser Anämie — vergrösserter Eiweissgehalt analog sind.

4) Die Hydrämie mit gleichzeitiger Verwässerung des Plasmas, d. h. also mit Hydroplasmie betrifft vorwiegend ödematöse Fälle und hängt vor Allem von der Wasserretention ab, welche einerseits die Vermehrung der relativen Plasmamenge, andererseits die Verarmung des Plasmas an Eiweiss verursacht. Die Blutkörperchen können auch hier an der Entstehung der Hydrämie betheiligt sein, es tritt aber dieser Einfluss im Vergleich zu demjenigen der Wasserretention in den Hintergrund zurück. Die qualitativen Veränderungen der Blutkörperchen können hier mit denen der ödemfreien Fälle gleichartig sein.

5) Im Verlaufe der chronisch-parenchymatösen Nephritis bleibt der Kochsalzgehalt nicht nur im Plasma, sondern auch in den Blutkörperchen und im Gesammtblute meistens annähernd normal: die entsprechenden Zahlen betragen nach meinen Untersuchungen im Mittel 0.462% für das Gesammtblut, 0.561% für das Plasma und 0.301% für die Blutkörperchen.

6) Das Verhältniss der in den Blutkörperchen enthaltenen Kochsalzmenge zu derjenigen des Plasmas beträgt auf 100 Blut berechnet normalerweise 1:2: in den pathologischen Fällen (chronisch-parenchymatöse Nephritis) kann es sich bis zu 1:5 verschieben was fast ausschliesslich von der veränderten i. e. vergrösserten Plasmamenge abhängt." Dippe.

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

551. **1) Grundzüge einer Antifermentbehandlung des Carcinoms**; von Dr. J. Hofbauer. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30. 1908.)

2) Die Beeinflussung bösartiger Geschwülste durch Atoxyl und fremdartiges Eiweiss; von Dr. Anton Sticker. (Ebenda.)

3) Injektionen von Placentarblut bei Carcinom; von Dr. Edmund Falk in Berlin. (Ebenda.)

Die beiden ersten Arbeiten stammen aus der Bier'schen Klinik und geben mit aller Vorsicht vorläufigen kurzen Bericht über die interessanten und entschieden aussichtvollen Versuche, die dort mit der Antifermentbehandlung des Krebses angestellt worden sind.

Der Plan zur Antifermentbehandlung war dadurch gegeben, dass bei der Entwickelung der Krebszellen (ebenso wie bei der der Eizelle) abnorme Fermentvorgänge eine sehr wichtige Rolle spielen. Zu ihrer Bekämpfung steht uns eine ganze Reihe von Mitteln zur Verfügung, unter denen erprobt wurden: Atoxyl, Chinin, Rinderserum, Knochenkohle und Cholesterin, bez. cholesterinhaltige Sera (Hydrocelenflüssigkeit). Dem Cholesterin kommt vielleicht noch eine besondere Bedeutung zu wegen seines Antagonismus dem Lecithin gegenüber, das geradezu als Aktivator der intracellulären Fermente angesehen werden muss. Die Behandlung war zunächst eine rein örtliche, mit Einspritzungen in die Umgebung und in die Geschwulst selbst.

Ueber die Erfolge sprechen H. u. St. sich wie gesagt mit Vorsicht aus. Dass eine wesentliche Verkleinerung der Geschwulst zum Theil bis auf „geringfügige Reste" erreicht werden kann, darüber besteht kein Zweifel. Ob eines der erprobten Mittel für alle Fälle das beste ist und welches, oder ob jeder Fall seiner Art nach besonders behandelt werden muss, das müssen weitere Versuche und Erfahrungen ergeben. Als ganz besonders wirksam hat sich eine *Verbindung von fremdartigem Blute mit kleinen Mengen Atoxyl* erwiesen. Beide scheinen sich in ihren Wirkungen sehr glücklich zu ergänzen.

Falk stellte auf eine frühere Anregung von Hofbauer hin Versuche mit Placentablut an, zunächst ohne Erfolg. Eine Einwirkung fand statt, aber ganz vorübergehend. Zuweilen wurde das Wachsthum der Geschwülste anscheinend gefördert. Dippe.

552. **Ueber Atoxylbehandlung bei Tollwuth**; von Dr. Bruno Heymann. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 362. 1908.)

Atoxyl erwies sich gegenüber dem Lyssavirus als unwirksam. H. schliesst daraus, dass bei der Lyssa Spirillen und Trypanosomen nicht in Frage kommen. Dippe.

553. **Der Einfluss des Atoxyls auf die weissen Blutkörperchen**; von Dr. L. Yakimoff. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 29. 1908.)

Bei gesunden und bei mit Trypanosomen inficirten Thieren ruft Atoxyl eine beträchtliche Leukocytose hervor. Verschiedenheiten und Besonderheiten dabei bedürfen noch der Aufklärung. Dippe.

554. **Ueber Jod-Arsentherapie und klinische Erfahrungen über „Arsojodin"**; von Dr. A. Hintz. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 29. 1908.)

Arsojodin ist eine geschickte Mischung von Jodnatrium und arseniger Säure. Jedo Pille enthält 0.001 arseniger Säure (= 2 Tropfen Fowler'scher Lösung) und 0.12% Natrium jodat. (= 0.096 reines Jod). Es lässt beide Mittel gut in strenger Dosirung zur Geltung kommen, wird gut vertragen und dürfte namentlich in der Hautpraxis, aber auch sonst überall da, wo Arsenik angezeigt ist, gut zu verwenden sein. Dippe.

555. **Concerning the treatment of experimental trypanosomiasis**; by B. Moore, M. Nierenstein and J. L. Todd. (Ann. of trop. Med. I. 2. p. 273. 1907.)

Die Anwendung von Atoxyl mit nachfolgendem Quecksilberperchlorid giebt weit bessere Resultate bei mit Trypanosoma Brucei inficirten Ratten, als Atoxyl allein. Das Verfahren dürfte sich auch für den Menschen empfehlen. Walz (Stuttgart).

556. **L'arsenic dans la syphilis**; par P. Salmen. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 1. p. 66. 1908.)

S. hat die Behandlung der Syphilis mit Atoxylinjektionen, 50 cg alle Tage während 2—3 Wochen injicirt, fortgesetzt und theilt eine Reihe sehr günstiger eigener und fremder Erfolge mit. Die genannte Dose zu überschreiten ist gefährlich.
Walz (Stuttgart).

557. **Perhydrol und Natrium perboricum in der Chirurgie**; von Herhold. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25. 1908.)

Das für den Friedensgebrauch vorzügliche Perhydrol ist für Krieg und Manöver kaum zu gebrauchen, da es Temperaturen über 28° R. nicht lange verträgt. Geeigneter ist das Natrium perboricum, das sich in 8proc. mit Borsäure versetzter Lösung Licht und Hitze gegenüber sehr gut hält.
Dippe.

558. **Ueber Jodofan bei der Behandlung ulceröser und erosiver Processe an den äusseren männlichen Genitalien**; von Dr. Hans Assmy. (Fortschr. d. Med. XXVI. 17. 1908.)

A. führt eine Reihe von kurzen Krankengeschichten an, nach denen das Jodofan als guter Ersatz des Jodoform gelten kann. Dippe.

559. **Linoval, eine neue Salbengrundlage mit baktericider Eigenkraft**; von Dr. Oskar Salomon. (Med. Klinik IV. 29. 1908.)

Linoval besteht aus 93 Theilen Vaseline, 5 Theilen einer flüchtigen Fettsäure, die bei der Raffinerie des Leinöles gewonnen wird, 1 Theil Ammoniak zum Fixiren der Säure, 1 Theil Lavendelöl wegen des guten Geruches. Es nimmt 15% Wasser auf. Als Zusätze eignen sich Salicylsäure, Ichthyol, Theer, Chrysarobin, Metalloxyde u. s. w., aber keine Metallsäuren und Alkalien. S. ist mit dieser neuen Salbengrundlage sehr zufrieden. Dass sie baktericid wirkt, zeigte sich namentlich bei ihrer Anwendung (ohne Zusatz) gegen Furunkel und ähnliche Zustände. Dippe.

560. **Antiformin, ein bakterienauflösendes Desinfektionsmittel**; von Prof. Uhlenhuth und Dr. Xylander. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29. 1908.)

Antiformin ist eine Mischung von Alkalihypochlorit und Alkalihydrat, Eau de Javelle mit einem Zusatze von freiem Alkali. Der Zusatz von Alkalihydrat macht das Präparat nicht nur wesentlich wirksamer als Desinfektionmittel, sondern auch sehr viel haltbarer. Sehr auffallend ist die Fähigkeit des Antiformin, die meisten Bakterien in wässerigen Medien vollkommen aufzulösen, wie sich Zucker in Wasser löst. Eine Fähigkeit, die augenscheinlich auf der glücklichen Verbindung von Chlor und Alkali beruht. Nicht auflösen thun sich die säurefesten Stäbchen, z. B. die Tuberkelbacillen. Es beruht das auf der Fettwachshülle, die diese Bakterien wie ein Panzer umgiebt. Ist das Antiformin danach zur Desinfektion von tuberkulösem Sputum ungeeignet, so lässt es sich vortrefflich zur Isolirung und Reindarstellung der Tuberkelbacillen aus Sputum und Geweben verwenden, da es dicke Sputumballen auflöst und alle begleitenden Bakterien spurlos fortschafft. Vortrefflich eignet sich das Antiformin zur Desinfektion von Koth, den es zerfallen macht und auflöst und dessen unangenehmen Geruch es vollkommen beseitigt. Höchstwahrscheinlich ist es auch in der Chirurgie und ganz besonders wohl auch in der Immunisirungstechnik zu verwenden, da es Gifte, auch echte Toxine (Diphtherie, Schlangengift) schon in schwachen Lösungen vollkommen zerstört.

Alles in Allem ein sehr interessantes und werthvolles Präparat, von dem wohl bald mehr zu hören sein wird. Dippe.

561. **Vergleiche zwischen Chinosol, Carbolsäure und Sublimat in antiseptischer und baktericider Wirkung**; von Charles E. Nerth. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 24. 1908.)

Die in den „Lederle Laboratories" zu New York angestellten Untersuchungen ergaben eine erhebliche Ueberlegenheit des Chinosols gegenüber der Carbolsäure. Das Chinosol gleicht als Desinficiens mehr dem Sublimat. Dippe.

562. **Ueber den Desinfektionswerth der neuen Kresolseifen des Ministerialerlasses vom 19. Oct. 1907**; von Dr. E. Seligmann. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 16. 1908.)

Die Kresolseifen sind den Hebammen an Stelle des Lysols vorgeschrieben. Nach den Untersuchungen von S. im Untersuchungsamt der Stadt Berlin ist diese Zurücksetzung des Lysols nicht begründet. Es steht den neuen Kresolseifen mindestens gleich, ist ihnen eher etwas überlegen. Auch gegenüber der alten officinellen Kresolseife haben die neuen Seifen keine besonderen Vorzüge. Dippe.

Digitized by Google

563. **Ueber den Desinfektionswerth der drei Kresol-Isomeren in Gemischen mit Seife;** von Dr. Hans Schneider. (Arch. f. Hyg. LXVII. 1. p. 1. 1908.)

Auch Sehn. wendet sich gegen den preussischen Ministerialerlass vom 19. Oct. 1907. Danach sollen die Hebammen statt des bisher benutzten Trikresols eine Kreselseife aus Meta- und Parakresol benutzen. Das Orthokresol ist als minderwerthig ausgeschaltet. Letzteres hält Sehn. für unbegründet. Die drei isomeren Kresole hält er in ihrer baktericiden Wirksamkeit für etwa gleichwerthig. Gemische aus ihnen wirken besser als jedes einzelne Kresol. Das Trikresol wie es im Lysol vorhanden ist und das Lysol selbst erwiesen sich bei genauen Untersuchungen als Trikresolgemischen und der neuen Kresolseife überlegen. Dippe.

564. **Die Unbrauchbarkeit der Citronensäure zur Desinfektion der Milch;** von Dr. Artur Luerssen. (Deutsche med. Presse XI. 18. 1907.)

L. stellte Versuche an mit Diphtherie-, Typhus-, Paratyphus-, Dysenterie-, Cholerabacillen und kam zu dem Ergebnisse, dass allen diesen Keimen gegenüber die empfohlene Citronensäure keinen sicheren Schutz gewährt. Dippe.

565. **Die desinficirenden Bestandtheile der Seifen;** von H. Roichenbach. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 296. 1908.)

Zur Klärung der widersprechenden Angaben über den Desinfektionwerth der Seifen ging R. von der Untersuchung der einzelnen Seifenbestandtheile aus. Die fettsauren Salze stellte er selbst dar, da sie im Handel nicht rein zu beziehen waren. Die Kalisalze der gesättigten Fettsäuren besassen eine beträchtliche Wirkung, die mit Ausnahme des Stearats mit der Molekülgrösse der Säuren abnahm, bei den Salzen der ungesättigten Säuren war die Wirkung dagegen gering. Von dem Alkali kommt weniger das von der Fabrikation herrührende freie, als das bei Wasserzusatz hydrolytisch abgespaltene in Betracht, eine Erhöhung der hydrolytischen Spaltung bewirkt auch eine Erhöhung des Desinfektionswerthes. Gemeinsame Einwirkung von Alkali und fettsauren Salzen hat eine gegenseitige Erhöhung ihrer Desinfektionkraft zur Folge. Von Zusätzen wirkt Terpineol desinficirend, die Parfümirung der Seifen kann somit ihre Desinfektionkraft erhöhen. Der Zusatz von Harz scheint ohne Bedeutung zu sein. Woltemas (Solingen).

566. **Untersuchungen über die Einwirkung reinen Sauerstoffes auf Wunden und Infektionen;** von Dr. L. Burkhardt. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. 1908.)

Das Ergebniss der in der Würzburger chirurg. Klinik angestellten Thierversuche war folgendes: „1) Die Berührung mit reinem *Sauerstoff* ruft auf Wunden eine starke Gefässinjektion hervor; es entsteht ein Zustand arterieller Hyperämie. Die Wunden bleiben feuchter; die Granulationsgewebsbildung wird befördert. 2) Culturen fakultativ aërober Bakterien bleiben auf künstlichen Nährböden bei Züchtung in reiner concentrirter Sauerstoffatmosphäre in ihrem Wachsthum erheblich zurück, werden aber nicht abgetödtet. 3) Im Thierkörper scheint auch die Zufuhr von sehr reichlich Sauerstoff zum Infektionsherd das Wachsthum der Bakterien nicht nennenswerth zu hemmen; eben so wenig ist dies bei Allgemeininfektion der Fall, wenn man den ganzen Körper des Versuchsthieres mit Sauerstoff überschwemmt. Indes sprechen Thierversuche dafür, dass eine, wenn auch wohl nur geringe Virulenzverminderung der Bakteriengifte erfolgt. 4) Am Peritonaeum wird durch die Berührung mit reinem Sauerstoff ein Zustand leicht entzündlicher Reizung erzeugt. Es entsteht eine ziemlich bedeutende Hyperleukocytose, besonders bei gleichzeitiger Anwesenheit von Flüssigkeiten in der Bauchhöhle; die Resorption in der Bauchhöhle wird verlangsamt. 5) Mehr als der gewöhnliche Sauerstoff scheint *Ozon* im Stande zu sein, Infektionen besonders in Körperhöhlen, die sich leicht mit dem Gase füllen lassen, zu bekämpfen." P. Wagner (Leipzig).

567. **Ueber Hautdesinfektion nur mit Alkohol;** von Dr. Meissner. (Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. 1908.)

Seit länger als $^1/_2$ Jahr wird in der v. Bruns'schen Klinik zur Desinfektion des Operationfeldes und der Hände ausschliesslich der 96proc. Alkohol verwendet. M. hat die bakteriologische Prüfung der Resultate der *alleinigen* Alkoholdesinfektion durchgeführt. Die Hauptergebnisse sind folgende: „1) Die Verwendung von hochprocentigem Alkohol setzt zwar die Keimabgabefähigkeit nicht in dem Maasse herab, wie diejenigen Methoden, die nach der Desinfektion einen Ueberzug auf die Haut anbringen; aber diese Wirkung ist doch eine so starke und für die Operationsdauer zuverlässige, dass sie den praktischen Bedürfnissen in vollstem Maasse genügt. 2) Von allen den Desinfektionsmethoden, die auf physikalisch-chemischer Einwirkung beruhen, ist die Desinfektion nur mit Alkohol in hohen Concentrationen die beste, einfachste, schonendste, am raschesten ausführbare und (bei Verwendung von Brennspiritus) billigste. 3) *Die Desinfektion nur mit Alkohol ist daher nicht blos dem Kliniker, sondern vor Allem auch dem Praktiker und dem Kriegschirurgen auf's Angelegentlichste zu empfehlen.*" P. Wagner (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

568. **Myoclonie chez un vieillard, avec autopsie. Meningo-encephalo-myelite chronique;** par J. Paviot et Leon Nevé-Jesserand. (Revue de Méd. XXVIII. 6. p. 505. 1908.)

P. u. N.-J. halten den von ihnen erhobenen Befund einer kleinzelligen Infiltration der Hirnrinde und der gesammten Pia für das anatomische Substrat der Myoklenie. Sie weisen auf die Aehnlichkeit mit den bei chronischer Chorea beschriebenen Befunden hin und sprechen sich für die Zusammengehörigkeit dieser Krankheitformen aus.

Moritz (Leipzig).

569. **Ueber hereditären essentiellen Tremor;** von Dr. Germanus Flatau. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 1. 1908.)

Schilderung des Krankheitsbildes auf Grund der Literatur und mehrerer in der Kieler psychiatrischen Klinik beobachteter Kranker, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden.

Moritz (Leipzig).

570. **Ueber nur unter besonderen Bedingungen eintretenden statischen Tremor;** von A. Pick. (Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 7. p. 290. 1907.)

Der Tremor, den P. beschreibt, tritt da ein, wo es sich um die Fixirung von Gelenken mittels reciproker Innervation von Agonisten und Antagonisten (wie bei der unvollständigen Kniebeugung) handelt; ähnliche Erscheinungen treten aber auch in Muskelgebieten ein, in denen derartige Uebelwirkungen nicht in Frage kommen, wie in der Gesichtsmuskulatur. Dahin gehört z. B. die bekannte Erscheinung, dass das bei festem Augenschlusse oft nicht merkbare Flimmern der Lider sofort deutlich wird, wenn der Augenschluss ein leichter ist, und ebenso die andere von P. beobachtete, dass bei Paralytikern etwa an der ganz spitz und mit voller Energie vorgestreckten Zunge kein Tremor zu sehen ist, wohl aber an der breit und schlaff vor die Zahnreihen gebrachten Zunge.

Bumke (Freiburg i. B.).

571. **Klinisch-anatomische Beiträge zur Kenntniss der progressiven Paralyse und der Lues cerebrospinalis, mit besonderer Berücksichtigung der Rückenmarksveränderungen;** von E. Meyer. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIII. 1. p. 1. 1908.)

An 3 Fällen zeigt M., wie schwierig, ja unmöglich die Unterscheidung von Lues cerebri und Paralyse sich intra vitam gestalten kann. Die anatomische Untersuchung giebt dagegen klaren Aufschluss. Der Rückenmarkbefund zeigte in 5 von 6 Fällen, dass die gleichen Veränderungen wie im Gehirn, nur in geringerem Grade bestanden. Es sind dabei 3 verschiedene Processe zu unterscheiden: 1) Primäre strangartige Degeneration ohne Zusammenhang mit der Hirnerkrankung. 2) Sekundäre absteigende Degeneration von Rindenherden aus. 3) Diffuse adventitielle Plasmazellen- und Lymphocyten-Infiltration als Ausdruck eines entzündlichen Processes.

Voss (Greifswald).

572. **Zur Fornet'schen „Präcipitat"-Reaktion bei Lues und Paralyse;** von Dr. F. Plaut und Dr. W. Henek. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24. 1908.)

Pl. u. H. lehnen auch nach neueren Untersuchungen die Fornet'sche Reaktion (Ringbildung an der Schichtgrenze von Luetiker- und Paralytikerserum) für die Praxis als werthlos ab.

Dippe.

573. **Ueber fraktionirte Eiweissausfällung in der Spinalflüssigkeit von Gesunden, Luetikern, funktionell und organisch Nervenkranken und über ihre Verwerthung zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica, Tabes dorsalis, tertiären und abgelaufenen Syphilis;** von M. Nonne und D. F. Apelt in Eppendorf. (Arch. f. Psych. XLIII. 2. p. 433. 1907.)

Die an N.'s reichem Materiale angestellten Untersuchungen führen N. und A. zu folgenden Ergebnissen:

„1) Für die Paralyse: Die Cytodiagnose stellt eine werthvolle Bereicherung der Diagnostik dar (51 eigene Fälle mit 98%, 390 aus der Literatur mit 97% positiver Befunde). Dasselbe darf mit gewissen Einschränkungen für die Eiweissuntersuchung behauptet werden. Durch Nissl's, Henkel's, Combal's und unsere Befunde (Vermehrung des Eiweissgehaltes in 75% der Fälle) wird Hoche's Angabe, in den meisten Fällen von Dementia paralytica sei der Gesammteiweissgehalt in der Spinalflüssigkeit vermehrt, bestätigt. Vorausgesetzt, dass sich die von uns bei der Phase I erhobenen Befunde bestätigen, nämlich, dass alle Fälle von Dementia paralytica, auch die Frühfälle, positive Reaktion zeigen, würde unsere 3 Minuten-Ammonium-Sulphat-Probe eine weit feinere Untersuchungsmethode (pathologischer Eiweissgehalt) darstellen, indem sie einerseits bei Nervengesunden und Neurasthenikern ebenso ausfällt, wie die Cytodiagnose, andererseits auch dann nicht versagt, wenn die Cytodiagnose versagt. Bei Neurasthenikern und Nervengesunden mit überstandener Syphilis fand sich bei unseren und den in der Literatur mitgetheilten Fällen (insgesammt 97) in 40% Vermehrung der Lymphocyten; in den von uns untersuchten 12 Fällen gleicher Art fiel dagegen die Phase I unserer Ammonium-Sulphat-Probe völlig negativ aus, zeigte also den gleichen Befund, wie er bei Nervengesunden ohne Syphilis in der Anamnese beobachtet wird.

2) Diese wichtigen Ergebnisse mit Phase I bei überstandener Syphilis haben noch eine weitere Bedeutung: Während die Cytodiagnose bei überstandener Lues, wie erwähnt, in 40% positiv lautet, ist sie es bei tertiärer Lues des Centralnervensystems in 80% (64 Fälle). Während die Phase I bei überstandener Lues völlig negativ ausfällt, fand sich erfreulicher Weise bei Lues III des Centralnervensystems in sämmtlichen 11 Fällen „Opalescenz". Damit dürfte der Phase I eine Bedeutung in der Differentialdiagnose zuzusprechen sein, wenn es gilt, zu entscheiden, ob in solchen Fällen eine specifische Kur nöthig ist oder sich erübrigt.

3) Während uns 1906 die Zahl der untersuchten Tabiker noch nicht gross genug erschien, um brauchbare Schlüsse zu erlauben, ist sie jetzt von 60 auf 164 gestiegen und zeigt den gleichen positiven Befund wie bei unserer ersten Untersuchungsreihe (in 95% der Fälle). Wir schliessen uns daher Schönborn vollkommen an, wenn er schreibt: Die Zellvermehrung im Liquor bei Tabes (und Paralyse) ist ein fast constantes und ein Frühsymptom; es stellt eines der wichtigsten Hülfsmittel der Frühdiagnose dieser Erkrankungen dar, dessen Prüfung bei keinem Falle, wo Verdacht auf Tabes oder Paralyse vorliegt, versäumt werden sollte. Die Eiweissvermehrung (Gesammt-Eiweiss) beträgt bei unseren Fällen 55%, die Phase I ergiebt deutlich positiven Befund („Opalescenz") in 90% der Fälle, also fast in eben so viel Procent wie die Cytodiagnose (95%).

4) Da sich leider positive Lymphocytose in 40% bei solchen Kranken oder Gesunden findet, welche nicht Syphilis gehabt haben, so kann für die Differentialdiagnose zwischen Tabes einerseits und Neurasthenia cerebralis und spinalis, Pseudotabes alcoholica oder Hysterie mit überstandener Lues andererseits die Cytologie nur dann verwandt werden, wenn eine stark positive Lymphocytose sich findet. Auch hier scheint uns unsere Phase I zu Hülfe zu kommen. Wir konnten, wie oben erwähnt, 12 Fälle mit sicherer Syphilis in der Anamnese untersuchen, die zur Zeit an allgemeinen nervösen Beschwerden oder an internen Krankheiten litten oder Residuen überstandener tertiärer Lues oder Alkoholneuritis darboten. In allen diesen Fällen fand sich keine Opalescenz oder Trübung bei Phase I unserer Ammonium-Sulphat-Probe.

5) Für diese unsere Auffassung der Phase I, dass sie für die Differentialdiagnose der Dementia paralytica, Tabes und tertiärer Lues des Centralnervensystems zu verwerthen ist, spricht unser oben beschriebenes, ausschliesslich von uns mit allen Cautelen untersuchtes Material. Wir wollen aber nicht unterlassen, noch einmal besonders hervorzuheben, dass unter jenem Material 4 mit Syphilis ätiologisch nicht verbundene Fälle sich finden, die in Bezug auf Phase I gleichen Befund bieten, wie er bei Paralyse, Tabes, Lues III sich findet, also eine störende Ausnahme bilden. Es sind dies Fälle mit Erkrankung im Gebiete des Conus (2) und der Cauda equina (1), sowie ein Fall von Urämie. Für überstandene Syphilis lag kein Verdacht vor. In diesen 4 Fällen bestand bei Phase I „Opalescenz". Weitere Nachuntersuchungen, die wir auf das Dringendste wünschen können, müssen zeigen, ob die Zahl derartiger Ausnahmefälle zunehmen wird und ob durch sie der differentialdiagnostische Werth, welchen wir unseren Untersuchungen zusprechen möchten, vermindert werden wird.

6) Ob unsere negativen Befunde für Phase I bei Tumor cerebri und Epilepsia idiopathica (selbst im Status epilepticus) bei weiteren Untersuchungen sich bestätigen werden, muss die Zukunft lehren. Phase I würde dann auch für die Differentialdiagnose zwischen Tumor cerebri und Paralyse, ferner zwischen epileptischen Anfällen und paralytischen Anfällen Bedeutung gewinnen. Es wäre dies insofern von Werth, als hier die Cytodiagnose ebenfalls wieder im Stich lässt, indem bei Tumor cerebri in 65% bei Epilepsie in 15% Lymphocytose beobachtet worden ist.

7) Hervorzuheben sind endlich noch die Befunde, welche in 6 Fällen von Meningitis serosa und in 8 Fällen von Meningitis beobachtet wurden. Die Differenz in der Eiweissreaktion bei Phase I ist zwischen Meningitis einerseits und Meningitis serosa andererseits eine so augenfällige, dass ihr wenigstens für die Praxis ein gewisser Werth wird zuzusprechen sein. Sie wird sich natürlich mit der bakteriologischen Erforschung des Liquor bei Meningitis in keiner Weise messen können.

8) Während für die cytodiagnostischen Untersuchungen eine theure Wasser- oder elektrische Centrifuge, Röhrchen, Capillarpipetten u. s. w. nöthig sind, die Methode daher meistens an Krankenhäuser und Kliniken gebunden bleiben wird, kann unsere Eiweissreaktion „Phase I" mit Leichtigkeit von jedem Praktiker ausgeführt werden. Es ist aber dringend zu rathen, sich hierbei mit Peinlichkeit an die Vorschrift zu halten. Insbesondere verwende man nur Ammonium sulphur. purissimum neutrale (*Merk*), da das gewöhnliche Ammon. sulph. sauer reagirt!" Bumke (Freiburg i. B.).

574. **Zur Amentiafrage**; von Dr. Erwin Stransky in Wien. (Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XVIII. p. 809. Nov. 1907.)

Die für den Fachmann wichtige Arbeit muss im Originale nachgelesen werden.

Bumke (Freiburg i. B.).

575. **Klinische Studien über die Melancholie**; von Dr. Arthur Hermann Hübner in Bonn. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIII. 2. p. 505. 1907.)

H. gelangt, ähnlich wie Thalbitzer und neuerdings Dreyfuss, zu dem Resultate, dass

die Involutionsmelancholie zur grossen Gruppe der manisch-depressiven Psychosen gehört.

Bumke (Freiburg i. B.).

576. **Das Wesen des moralischen Schwachsinns**; von Prof. Hans Gudden in München. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 1. 1908.)

G. sucht die Anschauung, dass der moralische Schwachsinn ein selbständiges Krankheitbild und nicht eine Erscheinungsform der Imbecillität oder anderer psychopathischer Zustände sei, dadurch zu stützen, dass er den Geisteszustand der moralisch Schwachsinnigen mit dem des Negers als eines Vertreters niederer Völkerrassen vergleicht. Er findet eine vollkommene Uebereinstimmung und schliesst daraus, dass „der meralische Schwachsinn nicht wie die Imbecillität und Idiotie auf mehr oder weniger ungleichmässigen Entwickelungshemmungen, bez. Schädigungen des Gehirns, oder wie andere Geistesstörungen auf Erkrankung des vorher wohlausgebildeten Gehirns beruht, sondern dass er aus einer an sich integren, aber zu dürftigen Grosshirnanlage zu erklären ist". Moritz (Leipzig).

577. **Zur Klinik und Aetiologie der Zwangserscheinungen, über Zwangshallucinationen und über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Hysterie**; von Prof. Thomsen in Bonn. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 1. 1908.)

Th. kommt nach eingehender Besprechung von 11 Krankengeschichten zu folgenden Schlusssätzen: „1) Die Westphal'sche Begriffsbestimmung der Zwangsverstellungen ist, sofern man darunter eine selbständige bestimmte psychische Störung versteht, mit den angegebenen Ergänzungen, resp. Interpretationen „— dass die Zwangsverstellungen nämlich gelegentlich auf emotiver Grundlage entstehen, nicht immer vom Patienten als abnorm erkannt werden, und dass ihr Inhalt nicht immer ein absurder ist —" festzuhalten. 2) Alle übrigen „Zwangsvergänge" verdienen nur dann diese Bezeichnung, wenn sie sich im Anschluss an echte Zwangsvorstellungen (Westphal) entwickeln oder aus ihnen hervergehen. 3) Wo echte Zwangsvorstellungen oder Zwangsvorgänge längere Zeit in ausgesprochener Weise ohne anderweitige psychische Complikationen bestehen, da darf man mit Recht von einer „Zwangsvorstellungspsychose" sprechen. 4) Die Beziehungen der Zwangsvergänge zur Hysterie scheinen intimer Art zu sein. 5) Alle nicht den echten Zwangsvorgängen zugehörigen ähnlichen Symptomencomplexe sind besser als „Obsessionen" zu bezeichnen." Meritz (Leipzig).

578. **Beiträge zu den Grenzgebieten der Chirurgie und Hysterie**; von Dr. Adler. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 5. 1908.)

A. berichtet über 3 Hysterische, die im Anschlusse an Operationen nachweislich, wenn auch durch Manipulationen, die nicht erkennbar waren, Fieber vertäuschten, so dass neue Eingriffe in Frage kamen, und räth deshalb zu besonders versichtiger Indikationstellung bei Hysterischen. Bei zweifelhafter Differentialdiagnose zwischen Hysterie und prognostisch ernsten Lokalerkrankungen ist er aber für das Operiren. Mit Recht spricht er sich gegen Scheinoperationen bei Hysterischen aus, lässt aber doch „seltene Ausnahmefälle" gelten und berichtet über einen Kranken mit Pseudoappendicitis hysterica, der nach einer Scheinoperation längere Zeit ohne Beschwerden war. Meritz (Leipzig).

579. **Ueber hysterische Pseudotetanie mit eigenartigen vasomotorischen Störungen**; von A. Westphal. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 49. 1907.)

Die vasomotorischen Störungen, die bei 2 Kr. meist gleichzeitig mit den Muskelkrämpfen auftraten, bestanden in Cyanose, Kälte, zuweilen auch Blässe der befallenen Glieder und in einem Falle im Verschwinden der Fusspulse während des Anfalles. Diese Beobachtungen sind besonders deshalb bemerkenswerth, weil sie zeigen, dass bei Hysterischen Reizzustände der willkürlichen und glatten Muskulatur miteinander vergesellschaftet auftreten können. Moritz (Leipzig).

580. **Ueber Totalanästhesie**; von L. E. Bregmann. (Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 11. 1908.)

Bei einer Hysterischen, die periodisch an Verlust der Sensibilität auf der ganzen Körperoberfläche litt, hatte Augenschluss entgegen den Beobachtungen v. Strümpell's keinen hemmenden Einfluss auf die Bewegungen. Auch wurde die Kranke durch gleichzeitigen Verschluss von Augen und Ohren nicht zum Einschlafen gebracht. Br. schliesst daraus und aus ähnlichen Beobachtungen in der Literatur, dass das Einschlafen eine suggestive Erscheinung und von der mehr oder weniger grossen Suggestibilität der Kranken abhängig ist; ferner, dass die Erklärung Janet's für die hysterische Anästhesie zutrifft, nach der die sensiblen Eindrücke zwar nicht zum Bewusstsein kommen, aber nicht aufgehoben sind und sogar bei Bewegungen mitwirken. Moritz (Leipzig).

VI. Innere Medicin.

581. **Vorschläge zu einer medikamentösen Prophylaxe der Masern**; von Prof. J. Langer. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 22. 1908.)

Der Vorschlag besteht darin, die gesunden (und die kranken) Kinder eine Lösung: Perhydroli *Merck* 10.0, Aq. destillat. 300.0 durch Mund und Nase inhaliren zu lassen. Dippe.

582. **Sérothérapie de la dysenterie bacillaire**; par L. Vaillard et Ch. Dopter. (Gaz. des Hôp. LXXXI. 82. Juillet 21. 1908.)

V. u. D. berichten über verblüffend gute Erfolge mit dem im Pasteur'schen Institute hergestellten Serum. Dippe.

583. **Quand et comment doit-on faire une injection de sérum antitétanique?** par le Prof. P. Hurlouin, Rennes. (Presse méd. Nr. 96. p. 771. 1907.)

H. ist der Ansicht, dass in allen Fällen, in denen man es mit einer unregelmässigen, vielwinkeligen Wunde zu thun hat, in denen man nicht sicher sein kann, eine gründliche Desinfektion vorzunehmen, man eine Einspritzung von antitetanischem Serum machen soll. Man mache sie so früh wie möglich, aber auch nach 2, selbst 3 Tagen nach der Verwundung kann sie von Vortheil sein. So lange eine solche Wunde eitert, sollen derartige Einspritzungen alle 8 Tage wiederholt werden.

E. Toff (Braila).

584. **Kritische und experimentelle Beiträge zur Frage der Verwendung der Bier'schen Stauung bei Hirnhautentzündungen;** von Dr. H. Stursberg. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 20. 1908.)

St. erörtert die Wirkungen, die eine Blutstauung am Kopfe (durch Umlegen einer Halsbinde) im Inneren des Schädels unter normalen Verhältnissen und bei Meningitis hervorrufen muss, und kommt zu dem Ergebnisse, dass es sich dabei um einen durchaus nicht unbedenklichen Eingriff handelt, der jedenfalls nur mit Vorsicht angewandt werden darf und wahrscheinlich nicht allzuviel nützen wird. Eine längere starke Hyperämie im Inneren des Schädels zu erzeugen, ist nicht erlaubt.

Eins bewirkt die Kopfstauung leicht und sicher, sie verstärkt den Ausfluss von Flüssigkeit bei der Lumbalpunktion. Dippe.

585. **Die Kupirung der akuten Mittelohrentzündung;** von Dr. H. Obermüller in Mainz. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 24. 1908.)

O.'s einfaches und bewährtes Mittel besteht darin, dass man alle Stunden folgende Mischung in das kranke Ohr träufeln und den Pat. jedesmal danach 10 Minuten auf der gesunden Seite liegen lässt: Extr. opii 1.0, Glycerini anhydrici (Pharm. Brit. 31° Bé) 10.0. Die Wirkung liegt, abgesehen von der Schmerzstillung, die meist schon nach der ersten Einträufelung eintritt, in osmotischen Vorgängen, die durch das hohe specifische Gewicht des englischen Glycerins bedingt sind. Rechtzeitig und consequent angewandt soll das Mittel nur selten im Stiche lassen. Dippe.

586. **Ueber die Anwendung von elektrischen Glühlichtbädern bei chronischen Bronchialerkrankungen;** von Prof. Adolf v. Strümpell. (Med. Klinik IV. 30. 1908.)

v. Str. wiederholt seine Empfehlung der Glühlichtbäder bei Bronchialasthma und dehnt sie auch auf die chronische Bronchitis, namentlich die Bronchitis sicca, aus. Aber Vorsicht! Richtige Diagnosen stellen, z. B. nicht ein Aortenaneurysma, das nicht selten mit starker Bronchitis einhergeht, übersehen. Der oft ganz überraschende Erfolg beruht zum guten Theile wohl auf der diaphoretischen Wirkung, vielleicht handelt es sich aber auch um eine Einwirkung auf die Drüsen und Epithelien der Bronchialschleimhaut. Dippe.

587. **Zur Pathologie der fibrinösen Bronchitis;** von Dr. Emil Schwarz. (Wien. med. Wchnschr. LVIII. 21—23. 1908.)

Schw. geht die verschiedenen Formen der fibrinösen Bronchitis durch und kommt zur Aufstellung folgenden Schemas:

„A. *Formen infektiösen Ursprunges:* 1) Das Fibrin stammt aus den grösseren Bronchien — Bronchitis crouposa — a) diphtheritica (echte Loeffler-Diphtherie), b) pseudodiphtheritica (Streptokokken u. A.). 2) Das Fibrin stammt aus den Alveolen und Bronchiolen — Bronchoalveolitis fibrinosa acuta a) acuta mit Streptokokken u. A., b) pneumonica et tuberculosa (reine Pneumokokkeninfektion oder Mischinfektion mit Tuberkulose).

B. *Formen nicht bakteriellen Ursprunges:* 1) Das Fibrin stammt aus den grösseren Bronchien a) Bronchitis fibrinosa traumatica s. ulcerosa (nach Verätzung, Verbrennung), b) Pemphigus bronchialis. 2) Das Fibrin stammt aus den Bronchiolen und Alveolen a) Bronchiolitis fibrinosa, exsudativa s. asthmatica, b) Bronchorrhoea fibrinosa (Posselt's essentielle idiopathische fibrinöse Bronchitis)." Dippe.

588. **Le pneumothorax muet;** par Ch. Sabourin. (Revue de Méd. XXVIII. 2. p. 89. 1908.)

Krankhafte Veränderungen in den Lungen, namentlich centrale Herde, machen oft dann keine auskultatorischen und perkussorischen Erscheinungen, wenn sie durch eine lufthaltige Zone, z. B. gesundes Lungengewebe, vom Ohre getrennt sind. Dasselbe gilt von einem partiellen Pneumothorax, der sich zwischen lufthaltigem Gewebe, z. B. im Mediastinum oder zwischen 2 Lungenlappen entwickelt hat, und der durch pleuritische Verwachsungen an der weiteren Ausbreitung gehemmt wird.

Ein derartiger *„Pneumothorax muet"* bietet klinisch durchaus das gewöhnliche Bild, plötzlichen heftigen Schmerz, Athemnoth, Fieber, Pulsbeschleunigung u. s. w., und gleichwohl ist das Untersuchungsergebniss *negativ*, im Gegensatze zum *latenten Pneumothorax*, der klinisch atypisch verläuft, und dabei das charakteristische Untersuchungsergebniss liefert. Wenn in solchen Fällen von „Pneumothorax muet" im Verlauf von einigen Tagen die pleuritischen Verwachsungen durchbrochen werden, und sich der Pneumothorax ausbreiten kann, können die typischen auskultatorischen und perkussorischen Erscheinungen hervortreten. Wahrscheinlich kann ein solcher partieller Pneumothorax aber auch während der ganzen Dauer sich dem sicheren klinischen Nachweis entziehen. Mittheilung einschlägiger Krankengeschichten.

Als praktische Folgerung ergiebt sich aus dem Mitgetheilten, dass man in Fällen, in denen die

Möglichkeit der Entstehung eines Pneumothorax vorliegt (z. B. bei Phthisikern) beim plötzlichen Auftreten von Erscheinungen eines Pneumothorax auch dann die Diagnose nicht aufzugeben braucht, wenn zunächst das Untersuchungergebniss negativ ausfällt.
Riebold (Dresden).

589. **Ueber Cholesterinexsudate in den Pleurahöhlen**; von Dr. Ruppert in Magdeburg. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 10. 1908.)

R. beschreibt einen Fall von 5mal recidivirender, exsudativer Pleuritis, in dem sich im Exsudate massenhafte Cholesterinkrystalle fanden, die bei jeder folgenden Punktion an Menge abnahmen. Cholesterin scheint hauptsächlich in zellenreichen und lange bestehenden Ergüssen vorzukommen, in denen ein massenhafter Zerfall von Zellen stattfindet. Die bisherige Ansicht, dass das thierische Cholesterin ein Produkt der thierischen Zelle darstelle, scheint nicht mehr zu Recht zu bestehen.
Riebold (Dresden).

590. **A clinical lecture on multiple serositis**; by W. Hale White. (Brit. med. Journ. Febr. 29. 1908.)

In Form einer klinischen Vorlesung werden das *Krankheitbild* (im Vordergrunde steht der recidivirende Ascites; ein Fall mit 70 Punktionen), die *Differentialdiagnose* (Lebercirrhose, Nieren-, Herz-, Lungenleiden, maligne Tumoren, tuberkulöse Peritonitis), der *anatomische Befund* (diffuse chronische fibröse Peritonitis mit Perihepatitis und Perisplenitis, adhäsive Pleuritis und Perikarditis) und die *Behandlung* (häufige Bauchpunktionen) der Krankheit geschildert. Riebold (Dresden).

591. **Die Stärkekleisterplatte, ein einfaches Hülfsmittel zum Studium diastatischer Fermentwirkungen**; von Dr. Eduard Müller. (Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 16. 1908.)

In ganz gleicher Weise wie die Serumplatte zum Nachweise und zur Beurtheilung proteolytischer Fermente lässt sich die Stärkekleisterplatte für diastatische Fermente verwerthen.

M. hat damit u. A. festgestellt, dass der Mundspeichel des Menschen unter den verschiedensten physiologischen und pathologischen Verhältnissen die gleiche diastatische Kraft zeigt. Dass also seine Wirkung in der Hauptsache von seiner Menge abhängt. Der Inhalt des Dünndarmes ist diastatisch kräftiger, als der des Dickdarmes. Bei Verschluss des Ductus pancreaticus wird die diastatische Kraft sehr gering, verschwindet aber nicht ganz. U. s. w.
Dippe.

592. **Untersuchungen über die fermentative Kraft von Polypensekret bei einem Falle von ausgedehnter Polyposis coli et recti, nebst Beobachtungen über die Wirkung des Purgens**; von Dr. Esser. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 535. 1908.)

Die Bedeutung der Beobachtung liegt in dem Nachweise, dass die Drüsenzellen des Dickdarmes ein amylolytisches Ferment bilden, und dass demnach die mehrfach im Stuhle nachgewiesene Amylase nicht nur dem Pankreas und dem Dünndarme, sondern zum Theile auch dem Dickdarme entstammt. Danach ist es u. A. durchaus richtig, Nährklystieren Dextrin statt des reizenden Traubenzuckers zuzusetzen.

Das Purgen bewirkt neben reichlicher Wasserabscheidung in den Darm auch eine Vermehrung des fermenthaltigen Drüsensaftes. Dippe.

593. **Die Funktionsprüfung der Nieren, besonders die Prüfung mit Jodsalzen**; von H. P. T. Olrum. (Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 29. 1908.)

Die Prüfung mit Jodsalzen ist für die Unterscheidung zwischen interstitieller und parenchymatöser Nephritis dadurch von Werth, dass die Ausscheidung bei der ersteren erheblich verspätet ist, bei der letzteren nicht. Bei orthostatischer und cyklischer Albuminurie war die Ausscheidung normal.
Dippe.

594. **Alkaptonurie und Ochronose**; von Dr. Eduard Allard und Dr. Oskar Gross. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 24. 1908.)

Auf Grund eigener und fremder Beobachtungen halten A. u. Gr. den Zusammenhang der beiden Krankheiten für sicher. Beide sind Erscheinungen einer bestimmten Stoffwechselstörung, die sich klinisch in der Ausscheidung von Homogentisinsäure (Alkaptonurie) und häufig in arthritischen Beschwerden äussert, pathologisch-anatomisch vor allem in der Ausscheidung eines Farbstoffes, der Ochronose. Die oft vorhandene Arthritis ist eine Folge der Stoffwechselstörung und würde passend als Arthritis alkaptonurica bezeichnet. Dippe.

595. **Ueber Thermopenetration** *(ein Verfahren zur Erwärmung sowohl oberflächlich, als auch tief liegender Theile des lebenden Organismus)*, von Prof. R. R. v. Zeynek, Dr. E. v. Bernd und Dr. W. v. Preysz, **und die bisher mit Thermopenetration an der medicinischen Klinik Prof. Ortner's gemachten Erfahrungen**, von Dr. W. v. Preysz und Dr. C. Radonićić. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 15. 1908.)

Die „Thermopenetration" beruht auf der Entdeckung v. Zeynek's, dass Hochfrequenzströme von einer bestimmten Wellenlänge durch den zwischen den beiden Elektroden befindlichen Körpertheil hindurchfliessen, ohne dabei ein anderes Gefühl als das der Wärme auszulösen. Sie gestattet, erhebliche Wärmemengen tief in den Körper hineinzubringen und dürfte besonders bei gonorrhoischen und rheumatischen Erkrankungen von Nutzen sein.

Allzuglänzend sind die beschriebenen Wirkungen nicht. Bei dem akuten Gelenkrheumatismus kommt man mit der Thermopenetration allein nicht aus. Zur Unterstützung der Salicylbehandlung kann sie von Nutzen sein. In manchen Fällen lässt sie sich mit Erfolg mit der Bier'schen Stauung verbinden. Ihre auffallendste und sicherste Wirkung ist die schmerzstillende. Dippe.

Digitized by Google

596. **Kohlensaure Hand- und Fussbäder;** von Dr. Carl Potetzky. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 7. 1908.)

Die Bäder sollen ähnlich wie „wechselwarme" wirken und bei örtlichen Cirkulationstörungen (gegen kalte Hände und Füsse, Hyperhidrosis, Frostbeulen u. s. w.) angewandt werden. Dippe.

597. **Der Einfluss der Moorbäder auf die Cirkulationsorgane;** von Dr. R. Schmincke, Bad Elster-Rapallo. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 2. 1908.)

Auf Grund sphygmographischer und sphygmomanometrischer Untersuchungen wird der Nachweis zu erbringen gesucht, dass das Moorbad vermöge seiner physikalischen Eigenschaften an das Herz-Gefässsystem geringere Anforderungen stellt, als das Wasserbad von gleicher Temperatur, und dass es deshalb ein vorzügliches balneo-therapeutisches Mittel für Personen darstellt, bei denen weitgehendste Rücksicht auf Herz und Gefässsystem genommen werden muss. Riehold (Dresden).

598. **Ueber die äussere Untersuchung der oberen Luftwege;** von Dr. Derendorf in Freiburg i. B. (Med. Klinik IV. 13. 1908.)

An einer grossen Reihe von Beispielen weist D. nach, dass es vielfach möglich ist, lediglich durch äussere Untersuchung und Schlüsse Krankheiten der oberen Luftwege mit annähernder Sicherheit zu diagnosticiren. Er leugnet aber nicht, dass eine sichere Diagnose die Spiegeluntersuchung erheischt. Hochheim (Halle a. d. S.).

599. **Trois nouveaux cas de corps étrangers bronchiques extraits par bronchoscopie;** par J. Guisez, Paris. (Arch. intern. de Laryngol. etc. XXV. 2. p. 432. 1908.)

G. entfernte mittels Bronchoskopie einen Bilderhaken, eine Bohne und einen Apfelkern. Da der letztere nur unvollständig extrahirt werden konnte, so ging Pat. an putrider Bronchitis zu Grunde. Die beiden anderen Pat. genasen. Hochheim (Halle a. d. S.).

600. **Ueber die Behandlung von Fremdkörpern unter Bronchialstenosen;** von Gust. Killian und Wilhelm Brüniugs in Freiburg i. B. (Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LV. 4. p. 334. 1908.)

Der Pat. hatte einen Tapezirernagel mit grosser Platte (12 mm) aspirirt. Erst bei der 10. Bronchoskopie gelang es K., den Nagel zu entfernen. Die Behandlung dauerte vom 27. Juli bis 5. Oct. 1907. Der Grund für das anfängliche Misslingen der Operation lag in dem Vorhandensein einer Stenose, die sich oberhalb des Nagels gebildet hatte und die die gewöhnlichen Instrumente nicht passiren liess. In Folge dessen mussten neue Instrumente angefertigt, die Stenose auf 12.5 mm gedehnt und der Nagel mit einer Drahtschlinge gegriffen und extrahirt werden.

Nach der Extraktion wurde durch Bronchialtuben, die theilweise 8 Tage liegen blieben, die Stenose gedehnt. Hierdurch besserte sich die Bronchitis putrida wesentlich.
Hochheim (Halle a. d. S.).

601. **Zur Kenntniss des Trachealsarkoms;** von Dr. Otto Kahler in Wien. (Wien. med. Wchnschr. XXI. 16. 1908.)

Bei der 30jähr. Pat. sass in der Höhe des 7. Trachealringes an der Hinterwand der kleinkirschengrosse Tumor breitbasig auf. Da die Athemboschwerden sehr erheblich waren, wurde die Trachealfissur gemacht, die Neubildung mit dem scharfen Löffel enrettirt und mit dem Thermokauter geätzt. Die Pat. wurde am 12. Tage nach der Operation entlassen und später bei der Controle geheilt befunden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab statt Flimmorepithel lediglich Plattenepithel. Weitere Untersuchungen an 60 Leichen stellten nun fest, dass nur bei 10 das Flimmorepithel an der Bifurkationsgegend erhalten war und dass hier ehestens metaplastische Vorgänge durch mechanische Momente sich abspielen mussten.
Hochheim (Halle a. d. S.).

602. **Ueber die Heilung der Darier'schen Dermatosen;** von Prof. Karl Herxheimer. (Dermatol. Ztschr. XV. 1. p. 45. 1908.)

H. sah in einem Falle Dauerheilung in Folge von Thermokauterisation, in einem zweiten, sehr ausgedehnten, ebenfalls überraschende Heilung. Die Kauterisation ist eine oberflächliche.
Brauns (Dessau).

603. **Ueber experimentelle Erzeugung der Miliaria crystallina;** von Dr. Julius Schlachta. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 4. 1908.)

Nach Erzeugung einer mehrere Tage bestehenden Dermatitis, wozu Kataphorese von Antipyrin- und Brechweinsteinlösungen, aber auch destillirtes Wasser und Kochsalzlösung verwendet wurden, gelang es stets nach einem Zeitraume von 2 Tagen bis zur vollendeten Desquamation durch künstlich hervorgerufenen Schweissausbruch (Pilocarpin, Lichtbad) Miliaria crystallina hervorzurufen; ebenso nach einer künstlichen Erfrierung mit Chloräthyl.

Die Decke der Bläschen wird durchgehends von der durch die Entzündung entstandenen parakeratotischen Schicht gebildet, durch die die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen verlegt werden.
Brauns (Dessau).

604. **Beitrag zum Studium der hämatogenen Theorie bei der Pathogenese der Mycosis fungoides;** von Dr. A. Pasini. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLV. 10. 1907.)

Auf eine primäre Veränderung des blutbildenden Apparates folgt nach P.'s Ansicht eine Veränderung in der Blutbeschaffenheit; diese giebt sich zu erkennen in einer Leukocytose, bei der grosse einkernige Zellen vorherrschen, die P. als atypische Myelocyten in Bezug auf die Morphologie und als Lymphocyten in Anbetracht ihrer Abstammung betrachtet. Sie haben einen kleinen runden Kern und reichliches amphophiles Protoplasma; ihnen fehlen, wie den Lymphocyten, die Protoplasmagranulationen. P. sieht in diesem Befunde eine Bestätigung der Pelagatti'schen Theorie, bei dessen Patienten gleichzeitig myelogene Leukämie bestand, während Philippsen, Paltauf, Köbner, Hutchinson über gleichzeitiges Vorkommen von Mycosis fungoides und Pseudoleukämie berichtet haben, andere bei Mycosis fungoides und Pseudoleukämie Leukocytose feststellten.
Brauns (Dessau).

605. **Ueber Menstrualexantheme;** von Paul Opel. (Dermatol. Ztschr. XV. 2. p. 91. 1908.)

Es sind in der Literatur als Menstrualexantheme folgende Hautaffektionen bekannt: Hypertrichosis, Follikulitiden (Akne, Acne rosacea, Furunkel, Hordeola), Hyperämien, Ekzem, Erysipel, Erysipeloid, Erythema exsudativ. multif., Erythema nodosum, Ekchymosen, Purpura (Haemathidrosis), Pigmentationen, Herpes, Urticaria, akutes Hautödem, Pruritus. O. bringt noch je einen Fall von Urticaria, Erythema nodosum und Herpes labialis. Nach seiner Meinung sind an die physiologischen Vorgänge bei der Menstruation und an die pathologischen Veränderungen der weiblichen Genitalien, insbesondere die Eierstöcke, geknüpfte Störungen der Ernährung und der Nerventhätigkeit Ursache dieser Exantheme, deren Beseitigung bei verhandenem Sexualleiden mit dessen Heilung erfolgt, während die rein menstruellen wenig Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung bieten. Atropin hatte keinen Erfolg. Brauns (Dessau).

606. **Die Behandlung der venerischen Geschwüre mit heissen Irrigationen;** von Dr. F. Zinsser. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 18. 1908.)

Das — soweit nöthig durch Spaltungen freigelegte — Geschwür wird 3—5mal am Tage, oder noch öfter, mit dem kräftigen Strahl einer möglichst heissen (45—46°) Lösung von Kal. permang. 1:4000 abgespült. In jeder Sitzung verwendet man 4—5 Liter und lässt sie aus 2—3 m Höhe aufspritzen. Dann wird das Geschwür abgetupft, mit Jodoform bepudert und mit Jodoformgaze austamponirt, der Tampon wird mit Spirit. camphorat., Aq. destillat. ana (umschütteln!) getränkt. Ueber das ganze kommen heisse Kataplasmen.

Z. hatte mit dieser Methode sehr gute Erfolge, namentlich auch bei besonders bösartigen, brandigen Schankern, sowie bei der Spaltung und Umschneidung geschwürig-entzündlicher Phimosen.

Dippe.

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

607. **Bemerkungen zur Prophylaxe der Embolie nach gynäkologischen Operationen;** von Albert Sippel. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 15. 1908.)

S. erklärt sich im Allgemeinen mit den Ausführungen Zurhelle's aus der Bonner Klinik einverstanden, nur will er statt möglichst kleiner Bauchschnitte *genügend grosse* machen, da so die Gefässe besser vor stärkeren Zerrungen und Quetschungen zu bewahren seien. Deshalb bekennt sich auch S. für „so ketzerisch oder rückständig, dass er sich von den viel gerühmten Vorzügen des Fascienquerschnittes gegenüber dem medianen Längsschnitt noch nicht überzeugen konnte und dass er noch immer den *chirurgisch tadellos glatte Wundverhältnisse schaffenden letzteren dem buchtige Höhlenwunden schaffenden queren Lappenschnitt vorzieht*". Zur Verhütung der Embolien nach Myomoperationen in Sonderheit empfiehlt S. die *Hängelage*, wie sie bei der Operation eingenommen wird, sowohl beim Transport der Operirten zum Bett, als auch während der ersten beiden Tage in diesem *fortsetzen* zu lassen; dadurch wird ein Ausfliessen des Blutes aus den abgebundenen Beckenvenenstümpfen centralwärts erreicht und Thrombosenbildung in diesen Stümpfen vermieden. Bei etwa 100 so nachbehandelten Myomeperirten hat S. keinen Fall von tödtlicher Embolie mehr erlebt. Das Verfahren schliesst nicht aus, dass zugleich alsbald die Muskelthätigkeit, spec. der Beine, in Gang gesetzt wird. R. Klien (Leipzig).

608. **Zur Aetiologie von Lähmungen im Gebiete des Plexus brachialis bei Operationen in Beckenhochlagerung und ihre Verhütung;** von Dr. A. Horst in Berlin. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 49. 1907.)

Bekannt ist, dass bei über die Tischkante herabhängendem Oberarme der N. radialis gedrückt und gelähmt werden kann; ferner, dass bei anhaltender forcirter Hyperextensien des Oberarmes Lähmungen des ganzen Plexus eintreten können, einmal durch den Druck des Caput humeri auf die grossen Nervenstämme in der Achselhöhle selbst, dann durch Annäherung des sternalen Endes des Schlüsselbeines an die Halswirbelsäule, weniger wohl durch Druck des Plexus zwischen Schlüsselbein und 1. Rippe, wie man früher annahm.

H. hat nun aber Fälle beobachtet, in denen trotz richtiger Haltung und Lagerung der Arme partielle oder complete Lähmungen des Armplexus vorkamen, und zwar handelte es sich durchweg um Frauen, die eine *länger dauernde* Beckenhochlagerung durchgemacht hatten. Für diese Fälle führt H. wohl mit Recht die Lähmung zurück auf den *Druck der gebräuchlichen Schulterhalter* entweder direkt auf den Plexus (bei zu eng gestellten Haltern) oder auf die Kreuzungsstelle zwischen Schlüsselbein und 8. Rippe. Die Schultern gleiten ja bei der Beckenhochlagerung fast in die Halterhalbkreise hinein.

H. schlägt vor, durch geeignete aufblasbare Luftkissen, die in die Höhlung der Schulterhalter eingenäht sind, den Druck zu mildern. Die Firma *Louis und H. Löwenstein* verfertigt Rahmen samt Kissen nach H.'s Angaben. Bis jetzt waren die Erfahrungen mit den Kissen recht günstige.

R. Klien (Leipzig).

609. **Der Simon'sche Spatel als selbsthaltendes Speculum;** von Dr. Ad. Leopold Seherbank. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 45. 1907.)

Sch. hat dem Simon'schen hinteren Scheidenhebel eine solche Krümmung und ein so geformtes unteres Ende

gegeben, dass ein an letzteres gehängtes Gewicht von 1½ kg den Hebel in der Scheide fixirt erhält. Fabrikant: *Josef Leiter*, Wien IX. R. Klien (Leipzig).

610. **Zur Nomenclatur der Gynatresie;** von Ludwig Pineus. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 16. 1908.)

P. tritt ein für Unterscheidung von *primärer*, d. h. Missbildungs- oder Entwickelungsatresie, bez. -stenose, und *sekundärer*, d. h. extrauterin erworbener. Atresie ist Verschliessung, Stenose (Striktur) ist Verengerung. Eine Atresia kann niemals incomplet sein, eine Stenosis nie complet sein, wohl aber kann eine Atresia und ebenso eine Stenosis partialis oder totalis sein. Eine Atresia vaginalis partialis bedeutet eine Streckonatresie, eine Atresia vaginalis totalis ist eine Verödung des Scheidenlumens in der ganzen Ausdehnung, Atresia vaginalis und hymenalis sind entwickelungsgeschichtlich und anatomisch zwei ganz verschiedene Dinge. Eine epitheliale Verklebung, eine Conglutinatio der Scheide kann completa und incompleta, kann partialis und totalis sein.

R. Klien (Leipzig).

611. **Ein Beitrag zur Kenntniss der Hydrocele muliebris;** von Dr. Hans Finsterer in Graz. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 15. 1908.)

Beschreibung eines sehr seltenen Falles von doppelseitiger Hydrocele mit Vereiterung bei einer 57jähr. Frau, die früher wegen einer Eierstockcyste laparotomirt worden war und eine wohl drückende Bauchbinde trug. Incision beiderseits, Heilung per granulationem.

F. verbreitet sich eingehend über Aetiologie, Diagnostik und Therapie der weiblichen Hydrocelen.

R. Klien (Leipzig).

612. **Some causes of failure in plastic operations on the female genitalia;** by S. M. Brickner, New York. (Amer Journ. of med. Sc. CXXXIV. 2. p. 263. Aug. 1907.)

Für den Erfolg der plastischen Operationen kommen in Betracht die Patientin, der Operateur und die Technik der Operation.

In der Regel soll man, ausser in Fällen von Harn- und Mastdarmfisteln oder Dammrissen, keine plastischen Operationen an den Genitalien bei Frauen machen, die an Diabetes, chronischer Nephritis, Morbus Basedowii, florider Tuberkulose leiden. Auch hohes Alter ist bedenklich, weil Embolien, Thrombosen, Gehirnblutungen nach der Operation nicht selten sind. Ferner ist es nicht richtig, plastische Operationen zu bald nach dem Wochenbette zu machen, wegen der Brüchigkeit des Gewebes. B. wartet sogar in der Regel 8 Monate. Körperlich sehr heruntergekommene Frauen sollen vor der Operation erst in einen besseren Ernährungzustand gebracht werden.

Die Operation soll möglichst nur von einem gynäkologisch ausgebildeten Arzte vorgenommen werden. Eine plastische Anschauung und Erfahrung sind zu Erfolgen nothwendig.

Die ideale Methode Küstner's, bei Vorfällen in Folge von Zerreissungen die ursprünglichen anatomischen Verhältnisse wieder herzustellen, lässt sich nicht immer durchführen.

Nicht vollständige Operationen führen häufig Misserfolge nach sich, so die Lappenspaltung bei completen Dammrissen ohne Berücksichtigung des vorhandenen Scheidenrisses, ferner die Anfrischung und Naht der Scheidenwand ohne Vernähung der Fascie vorn, der Fascie und Muskulatur hinten. Vor Allem ist bei Cystocele stets die Zurücklagerung der Blase durch Naht nöthig.

Mancher Misserfolg wird verschuldet durch Darmentleerung während der Operation. Die letzte Darmspülung muss ganz reine Flüssigkeit ergeben. Auch das Einführen eines Fingers in den Mastdarm während der Operation kann Ursache der Infektion sein. Zu starkes Scheuern der Scheide, zu reichlicher Gebrauch der Antiseptik sind der Primärheilung schädlich. Zu starkes Schnüren der Nähte kann Gewebenekrose bewirken. Einschneidende oder locker gewordene Nähte sind rechtzeitig zu entfernen.

Wichtig ist für den Erfolg die vollkommene Blutstillung bei der Operation. Funktioneller Misserfolg kann bedingt sein durch zu starke Verengung des Scheidenausganges (Beschwerden bei Harnentleerung und Coitus) oder zu starkes Klaffen der Vulva.

B. hat zweimal bei von anderer Seite vorgenommener Operation in der Cervix Verschluss des Kanals und Hämatometra gesehen.

Bezüglich der Nachbehandlung von Darmplastiken hält B. das Einlegen eines Mastdarmrohres für fehlerhaft. Ferner ist er gegen zu frühzeitige Darmentleerung und empfiehlt streng aseptisches Katheterisiren, um Cystitis zu vermeiden. J. Praogor (Chemnitz).

613. **Die Anlegung eines Anus praeternaturalis zur Vermeidung der Colipyelitis bei Einpflanzung der Ureteren in's Rectum;** von Prof. Krönig. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 20. 1907.)

Die Einpflanzung der Ureteren in das Rectum hat bisher mit einer einzigen Ausnahme binnen Kurzem den Tod der Operirten an ascendirender Colipyelitis herbeigeführt. Würde man das zum Urinreservoir gemachte Rectum vorher und dauernd durch Anlegung eines Anus praeternaturalis vom Koth befreien, dann dürfte man hoffen, dass eine Colipyelitis ausbleibt. K. hat einmal bei Uterus- und Scheidensarkom in dieser Weise zweizeitig mit Erfolg operirt. Da die Operation erst 4 Monate zurückliegt, bleibt der Dauererfolg jedoch noch abzuwarten. R. Klien (Leipzig).

614. **Pièces provenant de l'autopsie d'une malade opérée un an auparavant et morte de tuberculose pulmonaire; persistance des fils de soie dans la cicatrice utérine d'une opération césarienne;** par le Prof. Fabre. (Lyon méd. XXXIX. 2. 1907.)

In das Cavum uteri hineinragend fand sich ein Conglomerat von 7 wohlerhaltenen Seidenfadenschlingen; soweit die Schlingen in der Muskulatur lagen, fehlte sowohl makro-, wie mikroskopisch jede entzündliche

Reaktion in ihrer Umgebung. Die genähte (vordere) Uteruswand besass dieselbe Dicke wie die hintere. Nirgends hatten sich Adhäsionen gebildet, die sonst nach $^4/_5$ aller wiederholten Kaiserschnitte sich finden. Eine so lange Persistenz der Seidenfäden ist selten. F. will aber trotzdem oder vielmehr gerade deshalb die Seide für Kaiserschnitte beibehalten. R. Klien (Leipzig).

615. **Parovariotomia vaginalis sub partu;** von Dr. Anton Sitzenfrey in Prag. (Prag. med. Wchnschr. XXXII. 44. 1907.)

Obwohl die vaginale Entfernung eines im Douglas'schen Raume eingekeilten Ovarialtumor sub partu der abdominalen principiell vorzuziehen ist, sind bis jetzt erst 7 derartige Operationen bekannt. Einen weiteren Fall beschreibt S.

Bei der 29jähr. Erstgebärenden hatte ausserhalb der Klinik bereits ein Zangenversuch stattgefunden. Die Blase war vor circa 30 Stunden gesprungen. Temp. 37.6°. Baudl'sche Furche handbreit unterhalb des Nabels. II. Schädellage, Kopf oberhalb des Beckeneinganges. Beckenmaasse normal. Muttermund fast verstrichen. Im Douglas'schen Raume übermannsfaustgrosser, prallelastischer Tumor, dessen Stiel nach rechts über die Linea innominata zu verfolgen war. Die Reposition gelang nicht. Deshalb Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes in sagittaler Richtung, was erst gelang, nachdem das Gewölbe durch in die Scheidenwand gelegte Zügel herabgezogen war. Nach Durchtrennung des Douglasperitonaeum drängte sich ein faustgrosser Theil der Cyste bis in die Vulva vor. Incision, Fassen des schluffen Sackes mit Klemmen. In diesem Momente wurde in Folge einer Wehe das ganze Operationgebiet mit übelriechendem Fruchtwasser überschwemmt. Rasche Abbindung des Cystensackes und der lang ausgezogenen Tube. Jodoformgaze in's Abdomen: Zange, Extraktion nach Episiotomie. Das Kind war todt, vielleicht in Folge von Compression der um den Hals geschlungenen Nabelschnur durch die Löffelenden. Credé'scher Handgriff. Ausspulung des Uterus und Tamponade mit Jodoformgaze im Hinblick auf das zersetzte Fruchtwasser. Nur theilweise Naht der Scheidenwunde, Beibehaltung der Douglasdrainage. 2 Tage Fieber, dann Heilung. R. Klien (Leipzig).

616. **Ueber das funktionelle Schicksal von Ovarialresten;** von Dr. P. Zacharias. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 5. 1908.)

Z. giebt Aufschluss über das weitere Verhalten dreier Patientinnen, bei denen wegen doppelseitiger Tumoren beide Ovarien entfernt wurden, aber unter Zurücklassung einer Gewebeplatte an der Stielinsertionstelle. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIX. 33. 1905.) Diese Gewebeplatten müssen höchstwahrscheinlich, obwohl makroskopisch nicht nachweisbar, Ovarialgewebe enthalten haben, denn bei 2 von den Patientinnen blieb die Periode bis zur letzten Nachricht ($2^3/_4$—4 Jahre), bei einer $1^3/_4$ Jahre lang erhalten. R. Klien (Leipzig).

617. **Casuistischer Beitrag zur Entstehung des schiefen Beckens nach Oberschenkelamputation;** von H. Füth in Köln. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIV. 1. p. 154. 1907.)

Durch wohlgelungene Röntgenogramme illustrirte genaue Beschreibung des schräg verengten Beckens eines 18jähr. Mädchens, dem im 8. Lebensjahre der rechte Oberschenkel durch Ueberfahrenwerden zerquetscht und hoch amputirt worden war. Im Alter von 16 Jahren Porro'scher Kaiserschnitt mit Erhaltung der Adnexe.

Der Wegfall des rechten Beines hat die Verlegung der Unterstützungsfläche auf den linken Oberschenkel bedingt. Mit Hülfe der Lendenmuskeln wurde dabei die rechte Seite des Beckens mit dem Oberschenkelstumpf über den linken Schenkelkopf erhoben. Daraus ergab sich eine schiefe, unsymmetrische Einstellung des Beckens über dem linken Schenkelkopf und allmählich eine schräge Verengerung und Verschiebung in dem Sinne, dass der Durchmesser von rechts hinten nach links vorn sich um 2 cm verkürzte. Die Verengerung betrifft also, wie immer, die dem Amputationstumpf gegenüberliegende Seite.

Kamann (Magdeburg).

618. **Welche Anforderungen sind an eine correkte Methode der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft zu stellen?** von Dr. Walther Hannes. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 40. 1907.)

Für den künstlichen *Abort* im 1. und 2. Monate empfiehlt H. das Ei mit einigen Curettenzügen leicht zu verletzen; das in der Cervix verbleibende und gerinnende Blut wirke dann wehenerregend durch Druck auf die paracervikalen Ganglien.

Behufs Einleitung der künstlichen *Frühgeburt* benutzt H. in nicht eiligen Fällen ausschliesslich die Metreuryse mittels des elastischen Braun'schen Ballons mit Zug; in eiligen Fällen sei einzig der vaginale Kaiserschnitt mit seinen glatten Wundrändern angezeigt, gegenüber der Bossi'schen Methode. R. Klien (Leipzig).

619. **Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten;** von W. Bokelmann. (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Frauenhkde. u. Geburtsh. VII. 6. 1907.)

B. spricht sich gegenüber der neuerdings stellenweise lockeren Auffassung für eine äusserst strenge Indikationstellung betreffs Einleitung des künstlichen Abortes aus. Allerdings erkennt auch er an, dass neben den Fällen, in denen das Leben der Mutter durch die Schwangerschaft direkt bedroht ist, es unzweifelhaft auch eine Reihe von Zuständen giebt, bei denen der Fortbestand der Schwangerschaft schwere Gefahren für das Leben und die Gesundheit der Mutter mit sich bringen wird: für diese ist dann ebenfalls der künstliche Abort geboten. Bei Lungentuberkulose ist fast nie, auch in den schweren Fällen nicht, der künstliche Abort angezeigt. Eine Ausnahme wäre etwa die, dass eine Frau aus tuberkulöser Familie, vielleicht bereits mit den Anzeichen beginnender Phthise behaftet, in rascher Folge wiederholte Schwangerschaften durchmachen musste, und sich nun Zeichen ungenügender Ernährung eingestellt haben. Die Befürchtung, dass das zu erwartende Kind auch tuberkulös werden würde, darf dagegen nach B. nie maassgebend für die Einleitung des künstlichen Abortes sein. Eben so wenig sei der künstliche Abort angezeigt bei Diabetes, nur ganz ausnahmeweise bei Leukämie, perniciöser Anämie und ähnlichen Blutkrankheiten; im Gegentheil muss man hier, wo die Mutter fast stets verloren ist, seine Sorge der möglichen Erhaltung des Kindes zuwenden. Hyperemesis und Speichelfluss geben nur in

äussersten Fällen die Indikation zur Einleitung des Abortes an; bei Appendicitis liegt der Angriffpunkt der Behandlung an der Appendix selbst. Im Gegensatze zu vielen inneren Medicinern, aber in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Geburthelfer, warnt B. vor der Einleitung des künstlichen Abortes, geschweige der künstlichen Frühgeburt bei Herzfehlern. Nur wenn bei Herzkranken schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft ausgesprochene Compensationstörungen auftreten oder wenn die Anamnese ergiebt, dass bei einer vorhergehenden Schwangerschaft gegen deren Ende und im Anschluss an die Geburt schwere und nur langsam ausgeglichene Compensationstörungen aufgetreten sind, hält B. den künstlichen Abort für angezeigt. Bei Nierenkrankheiten in der Schwangerschaft kommt man in Verlegenheit. Eigentlich ist da der künstliche Abort nur in den Fällen gestattet, aber auch geboten, in denen die Nephritis schon *vor* der Schwangerschaft bestanden hat; gerade das ist aber oft nicht sicher festzustellen. Man ist also im Wesentlichen auf die Beurtheilung der jeweiligen Folgezustände angewiesen. Im Allgemeinen warte man bei der durch chronische Nephritis complicirten Schwangerschaft nicht allzu lange, sondern leite den Abort ein *vor* der Entwickelung bedenklicher Zustände. B. erwähnt dann noch 2 Fälle von „Schwangerschaftskachexie", in denen die Unterbrechung der Schwangerschaft Heilung brachte. Bezüglich der Schwangerschaftmelancholie verhält sich B. im Gegensatze zu Jolly ablehnend. Indicirt ist der künstliche Abort dagegen bei der Chorea gravidarum, bei Epilepsie mit massenhafter Anhäufung der Anfälle. Eine noch offene Frage bezüglich der Indikationstellung bei schweren Neurosen und Psychosen bildet die eventuelle Vererbung. R. Klien (Leipzig).

620. **Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit;** von Dr. M. Friedmann. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19—21. 1908.)

Fr. fasst die Ergebnisse seiner eingehenden Abhandlung selbst folgendermaassen zusammen: „Bisher hat man den Abort wegen psychischer Erkrankung fast durchgängig nur in Rücksicht auf *echte* typische Graviditäts- und Puerperalpsychosen erwogen und man hat den Eingriff im Princip abgelehnt, weil er ohne wirklichen Einfluss auf die Entstehung oder den Verlauf der Psychosen bleibt. Mit Jolly und A. Pick stellt aber Fr. eine grundsätzlich neue Indikation auf, die zwar ebenfalls nicht gerade häufig sich ergiebt, aber doch praktisch ungleich wichtiger sich gestaltet, als jene ältere Indikation: es handelt sich dabei um die sogen. „psychopathische Reaktion" bei psychisch widerstandslosen und neuropathischen Constitutionen, und es liegt dabei eine krankhafte Ueberwerthigkeit und Steigerung der Geburtsangst vor. Von der alltäglichen normalen Geburtsangst unterscheidet sich die pathologische Form dadurch, dass trotz relativ geringfügiger Motivirung die Angst überwältigend stark wird und zum Selbstmorde treibt; dass sie allein alles Denken und Fühlen der Frauen überwuchert, und dass sie für keinerlei nützliche Bethätigung mehr Raum lässt; dass sie endlich drittens in Monaten sich nicht bessern oder mildern lässt. Von den *echten* Psychosen aber unterscheiden sich diese „psychogenen" Erkrankungen dadurch, dass sie allein durch den psychischen Affekt in's Leben gerufen werden, und dass sie namentlich fast ausnahmslos und auf der Stelle verschwinden und zur Genesung gelangen, wenn das krankmachende Agens beseitigt, hier also, wenn die Schwangerschaft künstlich durch den Abort beendet wird. So ist es auch in sämmtlichen 5 Fällen, die Fr. ausführlich mittheilt, geschehen und nur einer davon ist später rückfällig geworden (mit tödtlichem Ausgang durch floride Lungentuberkulose). Die Gefahren des Zustandes sind hauptsächlich zweierlei Art: der Selbstmord und eine bedrohliche körperliche Abnahme in Folge der heftigen Angst. Da die Irrenanstalt eventuell nur der ersteren Gefahr wehrt und da sie ohnehin eine Härte für die sonst psychisch intakten Frauen in sich schliesst, so rechtfertigt sich der künstliche Abort aus Gründen der Humanität und dies um so mehr, als auch die Aeusserungen der Rechtsgelehrten in diesem Sinne erfolgt sind."

R. Klien (Leipzig).

621. **Die Anwendung der Abortzange;** von Prof. Hammerschlag. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 17. 1908.)

H. macht darauf aufmerksam, dass die Unglücksfälle nach Anwendung der Abortuszange entweder auf Verwendung eines ungeeigneten Instrumentes beruhen, wozu das Modell von Evens und Pistor wegen des zu scharfen Löffelrandes gehöre, oder auf falscher Technik. Man muss erst mit dem Finger sämmtliche Eibestandtheile lösen; lassen sie sich dann nicht mit dem Höning'schen Handgriffe herausbefördern, dann hat man die Zange geschlossen bis gerade über den inneren Muttermund einzuführen, zu öffnen, zu schliessen und herauszuziehen. Sodann sofort wieder Controle mit dem Finger u. s. w.

R. Klien (Leipzig).

622. **Darf man die Zange bei hohem Gesichtsstande anlegen?** von O. v. Herff in Basel. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XII. 1. p. 1. 1907.)

Auf Grund eines eingehend geschilderten Geburtfalles vertritt H. die Ansicht, dass auch bei hohem Querstande des Gesichts die Zange Nutzen schaffen kann, dass man sie daher zuvor versuchen soll, ehe man zur Perforation des lebenden Kindes schreitet, sofern die Wendung nicht mehr möglich ist oder versäumt wurde. Er mahnt aber dringend, damit nicht eilfertig zu sein; je mehr Geduld bei Gesichtlagen geübt wird, desto bessere Erfolge werden erzielt. Auch ist die Zangenanlegung in solchen Fällen nichts für Anfänger und wahrscheinlich gefährlich, wenn ohne Achsenzug. Für diese

Fälle wird leider die Perforation des lebenden Kindes nicht immer zu umgehen sein.

Kamann (Magdeburg).

623. **Zur Kritik der Extraktion nach A. Mueller;** von Nikolaus Cukor. (Contr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 19. 1908.)

Die günstigen Berichte über die A. Mueller'sche Extraktion (Entwickelung erst der vorderen, dann der hinteren Schulter durch einfaches Abwärtsziehen des sagittal gestellten kindlichen Rumpfes) mehren sich. C. giebt eine kurze Zusammenstellung und tritt dabei der einzigen absprechenden Kritik von Veit entgegen, der eine quere Durchtrennung der Halswirbelsäule der Mueller'schen Extraktion zur Last zu legen versucht hat.

R. Klien (Leipzig).

624. **A note on the use of the blunt hook;** by J. E. Godson. (Brit. med. Journ. May 25. 1907.)

Achtgebärende mit vorgeschrittener Mitralinsufficienz. Die 2 vorausgegangenen Enthindungen waren schwierig gewesen durch Körperschwäche, Trägheit der Gebärmutter, Oedem der Weichtheile und besonders durch Verengung des geraden Durchmessers des Beckeneinganges (6. Schulterlage, 7. Schädellage mit hoher Zange). Jetzt Steisslage; am 3. Tage der Wehenthätigkeit bei vollständigem Muttermunde und im Becken feststehenden Steisse beendete G. nach erfolglosen Versuchen, ein Bein herabzuholen, eine Schlinge einzuführen und die Entbindung mit der Zange auszuführen, die Geburt durch Extraktion mit dem stumpfen Haken. Das Kind war seit mehreren Tagen abgestorben, 57 cm lang und 5400 g schwer. G. benutzt ein kleines älteres Modell des Hakens. Am freien Ende hat er einen kurzen 2. Schenkel einschrauben lassen, so dass das Instrument ein Stahlhebel geworden ist.

J. Praeger (Chemnitz).

625. **Ueber Zerreissung der Nabelschnur intra partum;** von O. Forssell in Stockholm. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIV. 1. p. 198. 1907.)

Unter 14639 Geburten wurden in der geburthülflichen Klinik zu Stockholm nur 2 Fälle von Nabelschnurzerreissung während der Geburt beobachtet.

In dem 1. Falle riss die 56 cm lange, einmal um den Hals geschlungene Nabelschnur dicht am Nabel ab, als nach Austritt des Kopfes das Kind mit einer besonders kräftigen Wehe plötzlich geboren wurde. Weder die Mutter, noch das lebende Kind zeigten eine Spur von Lues.

Im 2. Falle handelte es sich um eine spontan verlaufende Fusslagengeburt. Die im Ganzen 53 cm lange Nabelschnur wurde 42 cm vom Nabel des wenig asphyktischen Kindes abgerissen gefunden. In Anbetracht der unbedeutenden Asphyxie musste die Zerreissung gleich vor oder während der Geburt des Kopfes eingetreten sein. Sei es nun, dass sie bei der Lockerung der Schnur, nach Geburt des Bauches, oder beim Austritte des Kopfes eintrat, so muss eine sehr unbedeutende Kraft ausreichend gewesen sein. Die Schnur war nicht umschlungen, das Kind ritt auch nicht auf ihr. An der Rissstelle war die Schnur in der Länge von 2 cm äusserst sulzarm, bestand fast nur aus den Gefässen. Letztere zeigten mikroskopisch ein nahezu vollständiges Fehlen von elastischem Gewebe, woraus sich die ungewöhnliche Mürbheit zur Genüge erklärt. Lues war sicher auszuschliessen.

Die einschlägige Literatur ist ausgiebig berücksichtigt.

Kamann (Magdeburg).

626. **Mecklenburg-Schwerins Geburtshülfe im Jahre 1904;** von Prof. Otto Büttner in Rostock. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 2. p. 185. 1907.)

Als Material benutzte B. die Geburtlisten der Hebammen; die Gesammtzahl der Entbindungen betrug 17686, davon 16622 oder 96.07% Schädellagen und 271 Zwillingsgeburten.

In *Beckenendlage* wurden 423 Kinder geboren; davon nach Abzug der macerirten Früchte 66 oder 16.71% Todtgeburten. Nur bei 58.86% der Beckenendlagen wurde ärztliche Hülfe zugezogen. Bei ärztlicher Leitung betrug die kindliche Mortalität 20.98%, bei Leitung durch die Hebamme dagegen nur 14.4%. Aus der auffallenden Thatsache, dass bei Mehrgebärenden die Kindermortalität grösser ist, als bei Erstgebärenden, zieht B. folgende Schlussfolgerung: bei Mehrgebärenden wird die Gefahr frühen Eingreifens im Allgemeinen unterschätzt; bei Erstgebärenden wird sie dagegen genügend gewürdigt und deshalb sind die Resultate für die Kinder besser.

Querlagen kamen 196 vor; nach Abzug der macerirten Kinder berechnet sich die Kindermortalität auf 35.1%. *Deflexionslagen* waren 61 verzeichnet, darunter 45 Gesichtlagen mit 41 lebenden Kindern und 16 Stirnlagen mit 11 lebenden Kindern. Bei 202 *engen Becken* wurden 157 lebende und 48 todte Früchte geboren. Von 47 sicheren *Eklampsie*fällen starben 7 Mütter oder 14.9%. Von 48 Müttern mit *Placenta praevia* starben 5, 4 an Verblutung und 1 an Puerperalfieber.

Geburthülfliche Operationen: Die Zange wurde 498mal angelegt, also auf 1000 Geburten 28.8. Wendungen wurden 219 vorgenommen, also auf 1000 Geburten 12.6. Von 19 Perforationen entfallen 13 auf enge Becken. Die manuelle Placentalösung wurde 134mal ausgeführt, oder in 0.77% aller Gebnrten; es starben 13 Frauen, also 9.7%.

Die *mütterliche Mortalität* im Puerperium betrug 0.424%; es starben 75 Mütter, davon an Puerperalfieber 22, an Verblutung 10, plötzlich nach Placentalösung 4, an Lungenembolie 4, an Eklampsie 4, an Uterusruptur 2, an Herzlähmung 1, an Tuberkulose 5, an Pneumonie 8, an Pleuritis 3, an Nephritis 3, an Ileus 2, an nichtpuerperaler Sepsis 1, an anderen Todesursachen 3.

Erkrankungen an Kindbettfieber waren in 112 Fällen angegeben.

B. schliesst aus den Ergebnissen der mitgetheilten Statistik, dass die Resultate der geburtshülflichen Thätigkeit in Mecklenburg im Allgemeinen zufriedenstellend sind, ferner, dass die von ihm benutzten Hebammenlisten, die unter steter ärztlicher Controle geführt werden, ein in gewissen Grenzen durchaus brauchbares statistisches Material darstellen. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

627. **Zur Entstehung der subchorialen Cysten der Placenta;** von Dr. A. Blau in Wien. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LX. 3. p. 437. 1907.)

Bl. hat in der Chrobak'schen Klinik 3 subchoriale Cysten der Placenta mikroskopisch genau untersucht.

Im *ersten* Falle war als Ursache der Abhebung eine Blutung anzusehen, deren Residuen in den Einschlüssen der Cyste zu finden waren und durchweg aus Fibrin bestanden. Im *zweiten* Falle war das Chorion durch das Verflüssigungsprodukt eines Infarktes abgehoben und dadurch ein Hohlraum gebildet worden. Dieser einmal gebildete Raum war dann durch Blutung vergrössert worden; denn es entsprach der in der Cyste vorgefundene Körper nicht nur einem bereits in Fibrin umgewandelten Blutcoagulum, sondern es waren auch Zeichen einer frischeren Blutung in der Cyste zu sehen. Der *dritte* Fall zeigte eine ganz andere Entstehungsweise. Die 3 Cysten dieser Placenta waren durch Wucherung und hydropische Degeneration der dem Trophoblast entstammenden Langhans'schen Zellenschicht entstanden.

Bl. stellt sich nach diesem Befunde ganz auf den Standpunkt von Kermauner (Ztschr. f. Heil-

kde. XXI. 1900) und Brohm (Inaug.-Diss. Heidelberg 1906). Diese Autoren behaupten, dass die Cysten durch Wucherung und Degeneration von Zellen *fötaler* Herkunft entstehen, sofern diese subchorialen Cysten überhaupt durch Zellenwucherung gebildet werden, was bei der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fall ist.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

628. **Placentares Angiom und Angiektasie der Chorionzotten**; von Dr. G. Müller. (Časopis lékařů českých. p. 927. 1907.)

M. unterscheidet das eigentliche Angiom von der einfachen Ektasie. Das Angiom ist eine wirkliche Neubildung, hat selbständiges Wachsthum, ist scharf abgegrenzt, mit ektodermalem Epithel überzogen, hat selbständige Stammgefässe und entsteht in der ersten Entwickelungzeit entweder durch eine spontane abnorme Wucherung der Blutgefässe oder durch abnormen Verlauf eines Gefässes, Stase und aktive Wucherung des Epithels. Die häufigere Ektasie eines Choriongefässes entsteht durch Stase in Folge von Compression oder Wandwucherung. Hierher gehören die pseudoangiomatosen Gebilde, entstanden durch Verklebung einer Zottengruppe unter Verlust des Oberflächenepithels. Betrifft die Stase ein grosses Gefäss, das sich bis zum Rande der Placenta verzweigt, dann beginnt die Erkrankung am Rande, von wo sie sich atypisch ausbreitet. In Folge verschiedener Intensität des Processes in einzelnen Aesten entstehen multiple und eventuell disseminirte Verdichtungen des Placentagewebes.

G. Mühlstein (Prag).

629. **Solitärer Decidualpolyp am normalen Ende der Schwangerschaft**; von Aug. Mayer in Heidelberg. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XII. 1. p. 119. 1907.)

M. entfernte unmittelbar nach der 2. Entbindung einer 26jähr. Zweitgebärenden ein aus dem Muttermunde in die Scheide hangendes, dicht oberhalb des inneren Muttermundes entspringendes 15 cm langes fingerförmiges polypöses Gebilde, das bei der mikroskopischen Untersuchung zum geringeren Theile aus glatten Muskelfasern, in der Hauptsache aus mehr oder weniger degenerirtem decidualem Gewebe bestand. Die Entstehung des Gebildes liegt wohl noch weiter zurück, als die Schwangerschaft, indem ein früher schon vorhandener, Muskelelemente enthaltender Polyp unter dem Einflusse des mit der Schwangerschaft hinzukommenden Wachsthumsreizes sich beträchtlich vergrösserte und eine deciduale Umwandlung erfuhr, wie sie eben der Gravidität entspricht.

Kaumann (Magdeburg).

630. **The clinical and microscopical variations of chorioepithelioma from a practical standpoint, with a review of the American cases**; by R. T. Frank, New York. (New York a. Philad. med. Journ. April. 21. 28. 1906.)

Auf Grund der Literatur und unterstützt durch zahlreiche Wiedergaben lehrreicher mikroskopischer Bilder schildert Fr. ausführlich die als Chorioepitheliom bekannte Erkrankung. Sie entwickelt sich aus den Zellenlagen des Trophoblasts, den niedrig vieleckigen glykogenhaltigen Langhans-Zellen und der Aussenschicht der Chorionzotten, der vielkörnigen als Syncytium bezeichneten Protoplasmamasse. Beim menschlichen Embryo bedecken die Zotten die ganze Oberfläche des Amnionsackes nur in den ersten Monaten, vom Ende des 4. Monates ab bleiben sie lediglich an der Placentastelle bestehen. Zellensäulen dieser Zotten dringen nicht nur in die Decidua, sondern auch bis in die Muskulatur. Ausser ihnen finden sich noch in der Nähe der kleineren mütterlichen Gefässe syncytiumartige Zellen, die sogenannten Chorionwanderzellen.

Eine Wucherung der Langhans-Zellen und des Syncytium trifft man häufig bei der Blasenmole. Das mikroskopische Bild bietet aber oft keinen Anhalt dafür, ob eine gutartige oder bösartige Mole vorliegt. Die bösartige Form, die durch Eindringen in die Wand und allgemeine Verschleppung den Tod herbeiführen kann, ist vom Chorioepitheliom nur am primären Sitz und an den Metastasen nur da, wo ein Zusammenhang zwischen Trophoblast und hydropischem Zottenstroma nachzuweisen ist, zu unterscheiden.

Im Chorioepitheliom ist das Zottenstroma völlig verschwunden. Syncytium und Langhans-Zellen dringen in das mütterliche Gewebe ein und zerstören die Gefässwände. Sie bewirken dadurch Austritt von Blutkörperchen und Fibrin in das Gewebe. Zum Unterschiede von anderen Neubildungen kommt es aber nie zur Neubildung von Gefässen.

Bei den typischen Formen des bösartigen Chorioepithelioms ist gewöhnlich eine Blasenmole vorausgegangen. Nach einiger Zeit treten Blutungen auf; die Gebärmutter ist meist etwas, bisweilen stärker vergrössert, der Muttermund oft geöffnet. Meist wird dann eine Ausschabung vorgenommen. Man fühlt dann brüchige Gewebemassen, die stark in die Gebärmutterwand hineingewuchert sein können. Ohne weiteren Eingriff kommt es gewöhnlich zu starken Blutungen, stärkster Blutarmuth und Erscheinungen von Kachexie, zur Infiltration der Parametrien, Metastasen in der Scheide (etwa in $^1/_2$ der Fälle), in Leber, Lungen u. s. w.

Oft schliesst sich das Chorioepitheliom an frühzeitige Fehlgeburt an. Wahrscheinlich ist manches nicht untersuchte Ei auch zur Blasenmole entartet gewesen. Die Neubildung kann aber auch nach Geburt am normalen Ende und bei ektopischer Schwangerschaft auftreten.

Mannigfach sind die Abweichungen vom typischen Verlaufe. Findlay hat 21 Fälle von primärer Chorioepitheliomentwickelung ausserhalb der Placentastelle gesammelt (ektopisches Chorioepitheliom). Es fand sich dann an einer anderen Stelle des Gebärmutterkörpers oder -halses eine Geschwulst, von der Schleimhaut durch eine dünne Schicht Muskelgewebe getrennt. Die Diagnose wurde, wenn überhaupt möglich, durch Scheidenmetastasen oder durch auffallende Vergrösserung der Gebärmutter gestellt. Sehr selten ist Chorioepitheliom im Anschlusse an ektopische Schwangerschaft. Sein Vorkommen ist aber erklärlich, da auch Blasenmolenentwickelung bei Eileiterschwangerschaft wiederholt berichtet ist. Durch Entwickelung der uterinen Geschwulst nach der Bauchhöhle

zu und Blutung in diese kann das Chorioepitheliom auch eine Tubenruptur vortäuschen. In seltenen Fällen ist statt der typischen Blutungen länger dauernde Amenorrhöe vorhanden. Weiter kann im Gefolge eines anscheinend harmlosen Placentapolypen Chorioepitheliom auftreten.

Die Zeit zwischen Blasenmole, bez. letzter Schwangerschaft und Auftreten der Geschwulst ist ausserordentlich verschieden (34 Tage bis $5^2/_3$ Jahren, im Durchschnitte $^1/_2$ Jahr nach Blasenmole, 5 Monate nach Fehlgeburt, 4 Monate nach Geburt). Ebenso ist die Bösartigkeit dieser Geschwülste sehr verschieden, etwa 50% der operirten Frauen sind genesen, darunter selbst Kranke mit Scheidenmetastasen.

Die typische Form des Chorioepithelioms enthält grosse Massen von Langhans-Zellen, durchzogen von Syncytiummassen, weiter auch Chorionwanderzellen und hämorrhagische und nekrotische Stellen. Bei den atypischen Formen sind die Langhans-Zellen weniger zahlreich, Syncytium kann fehlen und es ist mehr eine diffuse Einwanderung von Wanderzellen im mütterlichen Gewebe vorhanden, die die kleinen Gefässe angreifen. Für die Diagnose ist es wichtig, dass die normaler Weise an der Placentastelle in der Decidua vorkommenden Chorionwanderzellen vom 12. bis 24. Tage nach der Goburt verschwinden.

Fr. empfiehlt in jedem Falle einer Blasenmole, eine Ausschabung vorzunehmen. Findet sich bei späteren Blutungen wieder fötales Gewebe oder Infiltration des Muskels mit vielen fötalen Elementen, so ist die Hysterektomie angezeigt, wenn nicht Jugend oder Kinderlosigkeit ein Abwarten bedingen. Bei andauernden Blutungen nach Abort ist ebenfalls die Ausschabung vorzunehmen. Vorhandensein isolirter fötaler Elemente sagt nichts; dauern aber die Blutungen weiter an und finden sich bei der 2. Ausschabung schwammige Massen oder Vermehrung der fötalen Elemente, so empfiehlt sich auch die Radikaloperation. Die Basis von Placentapolypen soll bei der Entfernung genau beobachtet werden und derartige Kranke sollen in Beobachtung bleiben. Auch bei Scheidenmetastasen oder Uebergang auf andere Theile im Becken kann noch Heilung durch Operation, auch durch theilweise Entfernung der Neubildung eintreten.

Zum Schlusse stellt Fr. 21 Fälle, die in Amerika veröffentlicht worden sind, zusammen.

J. Praegor (Chemnitz).

631. **Chorion-epithelioma;** by W. C. Swayne, Bristol. (Brit. med. Journ. Aug. 24. 1907.)

Sw. berichtet über 2 eigene Fälle von Chorioepitheliom.

1) 36jähr. Frau, die 8mal, zuletzt vor $2^1/_4$ Jahren geboren hatte. Nach 2monatigem Ausbleiben der Regel Anfang Juni 1903 starke Blutung mit Abgang von Stücken, die 3 Wochen anhielt. Dann keine Blutung bis Ende August, von da ab wechselnd starke Blutungen bis zur Untersuchung im März 1904. Gebärmutter dem Ende des 2. Schwangerschaftmonntes entsprechend vergrössert, weich. Am 10. April Aufnahme in das Bristol Royal Infirmary. Am 20. April Ausschabung, die Massen weichen Gewebes herausbeforderte. Mikroskopische Untersuchung: Chorioepitheliom. Danach Fiebersteigerungen bis 40.5°. Puls 120. Im Mai vaginale Uterusexstirpation. Genesung.

2) 36jähr. Frau. 4 Geburten, letzte August 1904, 2 Fehlgeburten, letzte im 2. Monate August 1905. Danach 6 Wochen in Folge von Blutungen bettlägerig. Von da ab gelber dicker Ausfluss, der 14 Tage vor der Aufnahme am 8. Februar 1906 ein schleimig braunes Aussehen annahm. Bei der Aufnahme fand sich der Uterus dem 3. Monate entsprechend vergrössert. Starke Anämie, systolisches Herzgeräusch. Puls 100. Temperatur 37.2°. Puls klein. Am 3. Tage Temperatur bis 38.9°. Puls 120, am 4. Tage 40.5. Puls 130, danach Temperatur wechselnd zwischen 37.2 und 40°. Am 14. Februar 1906 Ausschabung. Ueber dem inneren Muttermunde fühlte man eine polypöse weiche, brüchige, leicht blutende Masse. Nach der Ausschabung starke Blutung. Am nächsten Tage Frost. Temperatur bis 39.4°. Als Untersuchungsbefund des Pathologen wurde Sarkom angegeben. Wegeu der Schwäche, des Fiebers und beginnender Lungenerscheinungen (blutiger Auswurf) wurde von einer Radikaloperation abgesehen. Nochmalige Ausschabung am 27. Febr. 1906. Am 20. Mai starb die Kr. Ergebniss der Leichenöffnung: Chorioepitheliom der Gebärmutter mit Metastasen in beiden Lungeu; sonst keine Metastasen. J. Praeger (Chemnitz).

632. **Ueber die Bedeutung der Wassermann'schen Luesreaktion für die Geburtshülfe;** von Prof. E. Opitz. (Med. Klinik IV. 30. 1908.)

O. schätzt diese Bedeutung recht hoch. Das glaubt er, sollte schon jetzt verlangt worden, dass die Reaktion bei jeder Frau angestellt wird, die Amme werden will. Dippe.

633. **Hématome obstétrical du sterno-mastoïdien;** par le Dr. J. Comby, Paris. (Arch. de Méd. des Enf. p. 47. Janv. 1908.)

C. bringt die Krankengeschichten von 4 Kindern im Alter von 1, 6, 10 Monaten und 4 Jahren, bei denen sich nach einer schweren Steissgeburt ein Hämatom des Sternocleidomastoideus entwickelt hatte. Nur bei dem letzten Kinde war die Affektion Jahre lang unverändert geblieben und hatte schliesslich zur Entwickelung einer Torticollis Veranlassung gegeben, während bei den anderen die Vornahme von Massage mit auflösenden Salben (Jodkalium, Ung. cinereum) genügte, um ein vollständiges Verschwinden der Geschwülste herbeizuführen. Wie schon von Henoch hervorgehoben worden ist, handelt es sich bei dieser Affektion um einen Bluterguss in den Sternocleidomastoideus in Folge von Zerrung oder theilweiser Zerreissung, wie sie durch kräftigen Zug bei schweren Geburten hervorgerufen werden kann. Meist handelt es sich um Steissgeburten, bei denen die Entwickelung des Kopfes schwierig war, oder um Kopflagen mit schwieriger Entwickelnng der Schultern. Es ist von praktischer Wichtigkeit, den Zustand zu kennen, um ihn nicht mit angeborener Torticollis zu verwechseln, wie dieses noch oft geschieht. E. Toff (Braila).

634. **Traitement de la fracture sus-condylienne de l'humérus chez l'enfant;** par Vivier, Paris. (Presse méd. 7. p. 49. 1908.)

Der epicondyläre Bruch des unteren Humerusendes gehört zu den häufigen Verletzungen des Kindesalters und wird hauptsächlich durch einen Fall auf den Ellenbogen hervorgerufen. Von der richtigen Behandlnng hängt hauptsächlich die Funktionfähigkeit des Gelenkes ab. V. legt den Gipsverband bei starker Beugestellung des Vorder-

armes an. Durch Hyperextension werden die Fragmente einander genähert, dann durch starke Beugung und direkten Druck adaptirt. In dieser Stellung wird ein Gipsverband angelegt und in der Ellenbogenbeuge ein ziemlich grosses Fenster, das hauptsächlich auf die Beugefläche des Oberarmes sich erstreckt, ausgeschnitten. Hier wird durch nach und nach an Zahl immer vermehrte Watteschichten und einige Bindentouren, eine Compression auf das untere Humerusende ausgeübt und dieses so nach hinten gedrängt. Nach 15 Tagen wird der bis dahin locker gewordene Verband abgenommen und ein frischer, gut anliegender gemacht. Nach weiteren 15 Tagen wird mit Massage, passiven und aktiven Bewegungen begonnen. Auf diese Weise sind die besten Resultate zu erzielen. Doch kann nicht geleugnet werden, dass es gerade die Brüche der Ellenbogengegend sind, die eine lange andauernde Steifigkeit des Gelenkes nach sich ziehen, und dass es praktisch von Wichtigkeit ist, eine reservirte Prognose mit Bezug auf die Wiedererlangung der normalen Beweglichkeit zu stellen. E. Teff (Braila).

635. **Zur Behandlung der Oberarmbrüche Neugeborener;** von Dr. Friedrich Brewitt. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 13. 1908.)

Bisher sind die Oberarmbrüche Neugeborener meist nur mittels Binden- oder Heftpflasterfixationsverbandes behandelt werden; ideale Heilungen wurden damit nicht immer erzielt, sind aber heute mit Recht zu fordern. B. hat daher in einem Falle eine genau adaptirte Arm-Thoraxschiene aus Gipsmull modellirt und ausserdem noch vermittelst eines über das Händchen gezogenen gepolsterten Fausthandschuhs eine Extension angebracht. Das Resultat war, wie das Röntgenbild ergab, nach 12 Tagen vorzüglich. R. Klien (Leipzig).

636. **Ueber die Lebensfähigkeit Neugeborener bei sehr grossen inoperablen Nabelschnurbrüchen;** von Dr. Durlacher in Ettlingen. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 11. 1908.)

D. berichtet über ein Kind, das mit einem grossen Nabelschnurbruche oder einer Bauchspalte zur Welt kam. Die ventrale Leibeswand fehlte nahezu vollkommen, mit Ausnahme der seitlichen und unteren Partien. An Stelle der Leibeswand war eine glatte zarte, durchsichtige Haut, die circulär direkt in die Bauchhaut überging. Das Ganze imponirte als grosser Sack; dessen Basis 12 cm breit und 8,5 cm lang war. Innerhalb dieses Sackes waren die Baucheingeweide, und zwar Leber und Därme, wie durch eine dünne Glasscheibe zu sehen. Unter Umschlägen mit physiologischer Kochsalzlösung überhäutete sich merkwürdiger Weise der Bruchsack von der Peripherie aus und nach 3 Monaten war diese Ueberhäutung so weit vorangeschritten, dass auf der Höhe des Bauches nur noch eine markstückgrosse Stelle von bläulichrother, feiner Haut übrig geblieben war. Das Kind gedieh weiter gut. Nach 2 Jahren 4 Monaten war diese Stelle nur erbsengross; bei genauem Zusehen erkennt man um diese Stelle 2 weitere concentrische Ringe, die beim Schreien über die Conturen der übrigen Bauchwand hervortreten. Der Bruchring wird durch das zweite Kreissegment umschlossen und hat in der Breite einen Durchmesser von 7 cm, in der Länge einen solchen von 6,5 cm.

In D.'s Fall war der Defekt von Amnion bedeckt, das ringsum direkt in die normale Haut überging. D. nimmt als sicher an, dass in einer frühen Entwickelungsphase diese Verwachsung stattgefunden hat und hierdurch ein Verschluss der Bauchwand verhindert wurde. Er konnte in der Literatur keinen Fall finden, der dem mitgetheilten an die Seite gestellt werden kann, sowohl hinsichtlich der Heilung, als auch hinsichtlich der Grösse des Bruchs.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

637. **The most frequent hernia in childhood and its significance;** by Edward M. Corner. (Lancet July 13. 1907.)

C. weist, gestützt auf eine umfassende Statistik darauf hin, dass der mediane Bauchbruch zwischen den oberen Theilen der MM. recti die häufigste und am meisten charakteristische Hernie des kindlichen Alters bildet. Er ist fast immer erworben und steht in direkter Beziehung zu dem durch Gasansammlung im Darmrohre in Folge von „Fermentation" erzeugten hohen Druck. Alle anderen Bruchformen kommen häufiger mit diesem Bauchbruche zusammen vor, als allein. Das Verhältniss der erworbenen zu den angeborenen Brüchen beträgt 2:1.

Brückner (Dresden).

638. **Erfahrungen mit der Finkelstein'schen salzarmen Kost beim Säuglingsekzem, beim Strophulus und Pruritus infantum;** von Dr. Bodo Spiethoff. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 27. 1908.)

Bericht aus der Jenenser med. Klinik. Erfolge leider nicht allzu glänzend. Die salzarme Kost (ausgelabte, mit Haferschleim und Zucker vermischte Milch) wirkte sehr günstig auf etwa neben dem Hautleiden vorhandene Magendarmstörungen, sie schien auch die Wirkung zu haben, „dass durch Ausschaltung sekundärer Einflüsse die Abheilung des Ekzems ungestörter vor sich gehen kann und die Recidive einen milderen Charakter haben", aber ein sicher wirkendes Mittel ist sie auch nicht.

Dippe.

639. **Ekzem und Asthma.** *Ein Beitrag zur Kenntniss der exsudativen Diathese;* von Leo Langstein. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26. 1908.)

Die salzarme Ernährung hat sich an den Kindern der Heubner'schen Klinik bei Ekzem anhaltend gut bewährt, sie hilft nicht in allen Fällen, aber in vielen. Auf das „Correlat des Ekzems", das Asthma als besonderen Ausdruck der „exsudativen Diathese" scheint sie nicht einzuwirken. Hier hilft vor Allem ein Wechsel der Umgebung.

Bei 4 Kindern mit Ekzem fand L. ausgesprochene Eosinophilie, wie sie bei dem Asthma bereits wiederholt festgestellt worden ist. Dippe.

640. **Der physikalische Nachweis vergrösserter Bronchial- und Mesenterialdrüsen;** von Martin Nagel. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 1. p. 46. 1908.)

Die Schwellung dieser Drüsen ist bei Kindern sehr oft die erste Erscheinung der Tuberkulose und ihr rechtzeitiges Erkennen ist darum von grosser Bedeutung. Zur Zeit stehen uns dazu folgende Mittel zur Verfügung. Auskultation: auffallend lautes Trachealathmen über dem 1. bis 4. Brustwirbel; bronchiales Athmen über dem Manubrium sterni. Palpation: Empfindlichkeit bei Druck auf die entsprechenden Processus spin.; Sondenpalpation. Inspektion: erweiterte Venen am

Halse und an der oberen Brust. Wirbelsäulenperkussion. Röntgenphotographie. Tuberkulin.
Dippe.

641. **Ueber tastbare Cubital- und seitliche Thoraxlymphdrüsen im Säuglingsalter;** von Dr. Carl Hochsinger. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 44. 1907.)

H. ist der Ansicht, dass beim gesunden Säugling die Lymphdrüsen nicht zu fühlen sind. Angeschwollene Cubitaldrüsen seien bei Abwesenheit einer entzündlichen Hauterkrankung an der Hand oder am Unterarm ein Zeichen von Lues. H. bringt sie in Beziehung zur Osteochondritis und Periostitis des unteren Humerusendes. — Die seitlichen Brustdrüsen im 5. und 6. Zwischenrippenraum zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie, werden oft als 1 oder 2 Knötchen fühlbar. H. fand das unter 1540 Säuglingen 52mal. Es handelte sich häufig um luetische Kinder, zuweilen um Folgezustände von Entzündungen der Brust- und Bauchhaut, sonst um Kinder mit einer nachweisbaren Lungeninfiltration. In vielen Fällen ist diese Schwellung der seitlichen Brustdrüsen eine Begleiterscheinung der chronischen Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose. Brückner (Dresden).

642. **Zur Pathogenese gewisser Integumentveränderungen bei Scrofulose;** von Dr. E. Moro und Dr. A. Dnganoff. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 31. 1907.)

Bei Vornahme von Pirquet'schen Impfungen sahen M. u. D. bei einer Anzahl von Kindern, bemerkenswerthe Veränderungen an der Haut auftreten:

1) 13jähr. Mädchen mit Lupus der Nase und Scrofuloderma der rechten Wange. Nach Ablauf der spezifischen Reaktion, 14 Tage post injectionem, Entwickelung einer 4 cm im Durchmesser grossen, derben, erhabenen, braunrothen Efflorescenz mit unregelmässigen Rändern, körniger, schuppender Oberfläche und torpidem Charakter.

2) 4jähr. Mädchen, suspekt. Hatte nie Augenentzündungen. Hauttuberkulid. 12 Tage post injectionem phlyktänuläre Conjunctivitis auf beiden Augen, frisches Hauttuberkulid.

3) 9jähr. Kind ohne Angabe des Geschlechtes mit maculae corneae beider Augen. 14 Tage post injectionem, Conjunctivitis und Keratitis phlyctaenulosa.

4) 2jähr. Kind ohne Angabe des Geschlechtes mit Coxitis und Scrofuloderma. 14 Tage post injectionem, Conjunctivitis phlyctaenulosa.

5) 2jähr. Kind ohne Angabe des Geschlechtes. 10 Tage post injectionem, Wiederaufflammen einer abheilenden Conjunctivitis phlyctaenulosa und entzündliche Reaktion eines Scrofuloderma.

M. u. D. nehmen als Ursache dieser Spätreaktionen eine lokale Ueberempfindlichkeit der Haut, sowie der Binde- und Hornhaut bei den Scrofulösen an. Unter der Voraussetzung, dass mit dem Nasensekret bei Scrofulösen geringe Mengen von Tuberculotoxin zur Ausscheidung gelangen, liessen sich die entzündlichen Schwellungen und Infiltrate an den excorïierten Stellen des Naseneingangs, der Lippen, die Phlyktänen ebenso erklären, wie die verstärkten Impfreaktionen. Brückner (Dresden).

643. **Dauerresultate bei operativer und conservativer Behandlung der Peritonitis tuberculosa im Kindesalter;** von Hans Schmid. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 4. p. 399. 1907.)

Schm. bespricht die Pathologie und Therapie der tuberkulösen Peritonitis auf Grund von 32 Beobachtungen aus dem Baseler Kinderspital und 10 weiteren aus dem Baseler Bürgerhospital. Im Kindorspital machte dio tuberkulöse Peritonitis 3.6‰ aller Erkrankungen aus. 10 Kr. waren weniger als 3 Jahre alt, 23 waren männlichen, 18 weiblichen Geschlechtes. Eingehend erörtert Sch. die Frage nach der chronischen, nicht tuberkulösen Peritonitis, die nur noch wenig anerkannt wird.

21 Kr. boten die serös-ascitische Form, 14 die fibrinoplastische, 6 die ulcerös-eiterige dar. Letztere ist bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen. Erbliche Belastung war in 41½% der Fälle nachzuweisen. 14 Kr. hatten gleichzeitig Pleuritis, 2 Spontanperforation am Nabel. Thomayer's Symptom war in 5 Fällen vorhanden, Druckempfindlichkeit nur bei 15 Kr., acholische Stuhle 2mal, Ileus 1mal, Kothfistel nach der Operation 1mal. 2 Kr., die nach 5 bez. 15 Jahren wieder in Behandlung kamen, hatten Genitaltuberkulose. An begleitender Darmtuberkulose litten 9 Kinder; von ihnen starben 7. Andauerndes Fieber schien die Prognose ungünstig zu gestalten.

Von 37 Kr. waren 23 länger als 3 Jahre gesund = 62.1%; 14 starben im Laufe des 1. Jahres nach der Entlassung. Bei 20 Kr. schwankte die Heilungsdauer zwischen 4 und 17 Jahren. Die beste Prognose gab die ascitische Form. 19 Kr. wurden operirt, von denen 11 drei Jahre und länger gesund blieben (57.8%), während 6 (31.6%) starben. Von 22 nicht Operirten blieben 12 (54.6%) länger als 3 Jahre gesund, während 8 starben (36.4%). Dabei ist zu berücksichtigen, dass zur Operation immer die Kranken mit guter Prognose ausgewählt wurden.

Zu frühzeitige Operation ist nicht angezeigt. Contraindicirt ist sie bei Tuberkulose des Darmes, der Nieren, fortgeschrittener Tuberkulose der Lungen. Gelenktuberkulose verbietet hingegen die Operation nicht. Am Schluss werden die nicht operativen Behandlungsmethoden zusammengestellt.
Brückner (Dresden).

644. **Zur Pathogenese der Kindertetanie;** von Dr. Friedrich Pineles. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. p. 665. 1907.)

Die idiopathische Tetanie der Erwachsenen ist nach P.'s Ansicht identisch mit der operativen und beruht auf einer Insuffizienz der Epithelkörperchen. P. sucht nun den Nachweis zu führen, dass alles, was für die Tetanie der Erwachsenen Giltigkeit besitzt, sich auch bei der Kindertetanie wiederfindet. Demnach stellen alle Tetanieformen eine pathogenetische Einheit dar. Brückner (Dresden).

645. **Fötale Chondrodystrophie und Thyreodysplasie;** von Dr. Ernst Moro. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 6. p. 642. 1907.)

M. beschreibt einen 4 Wochen alten Knaben, der diese Combination von Myxödem und Mikromelie darbot. Das Skelett wurde durch Thyreoidin günstig beeinflusst. Das Kind erlag einer Pneumonie. Aus dem Sektions-

befund ist hervorzuheben: Prämature Synostose an der Schädelbasis, ungleiche Länge der Femurcondylen zu Gunsten des inneren Condylus, sowie verhältnissmässig grosses Olecranon, Kürze der Gliederknochen, kleine Schilddrüse. Die weitere Untersuchung der Knochen ergab eine Combination von Rhachitis und Chondrodystrophie. Die Haut war fettreich, enthielt keine Einlagerung von Schleimsubstanz. An der Schilddrüse fiel die mangelhafte Entwickelung der Drüsenschläuche, sowie die reichliche Entwickelung des interstitiellen Bindegewebes auf. Die Thymus zeigte die Merkmale vorzeitiger Rückbildung. M. nimmt einen Zusammenhang der Veränderungen der Schilddrüse mit den Störungen des Knochenwachsthumes an. Die von Stöltzner gewählte Bezeichnung, „infantiles Myxödem", hält er nicht für glücklich, weiss aber keine bessere anzugeben.

Brückner (Dresden).

646. **Zur Kenntniss der Hutchinson'schen Zähne.** *Ein Beitrag zur Kenntniss der Herdosyphilis;* von Dr. E. Ohorwarth. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 2. p. 220. 1907.)

In Bezug auf die Hutchinson'sche Deformität der Zähne muss man daran festhalten, dass lediglich die Missbildung der bleibenden Zähne maassgebend ist, und zwar vorwiegend diejenige der inneren oberen Schneidezähne. Die Deformität entsteht bereits in den ersten Lebenswochen, vielleicht schon zur Zeit der Zahnanlage und ist sicher während des Durchbruchs schon vollendet. Es ist nicht nur die Schneidefläche, sondern die gesammte Krone deformirt. Meist ist auch die Stellung der Zähne im Kiefer eine abnorme. O. konnte in der Neumann'schen Klinik 24 einschlägige Beobachtungen sammeln, dazu noch 3 aus Neumann's Privatpraxis. Von den 27 Kindern litten 24 sicher, 3 sehr wahrscheinlich an hereditärer Lues. Von 71 hereditär-luetischen Kindern jenseits des 7. Lebensjahres, hatten 44% Keratitis interstitialis, 33% Hutchinson'sche Zähne, 21% Periostitis tibiae, 20% Chorioiditis, 13% Gonitis chronica, 13% radiäre Lippennarben, 6.5% centrale Taubheit, 1.6% Taubstummheit, 3.3% Hutchinson's Trias und 2.3% Hutchinson's Zähne zugleich mit Koratitis. Brückner (Dresden).

647. **Kann man die Zahl der Erkrankungen an Ophthalmoblenorrhoea gonorrhoica verringern?** von O. v. Herff in Basel. (Gynäkol. Rundschau Heft 19. p. 751. 1907.)

Einen rechten Maassstab für die Leistungsfähigkeit des Argentum nitricum als Augentripper-Vorbeugungsmittel für die Allgemeinheit, gewinnt man aus Anstaltstatistiken nur, wenn man die Zahl der gleichzeitigen Erkrankungen in der Bevölkerung kennt, aus der die Anstalten ihre Wöchnerinnen aufnehmen. Das Material des Frauenspitals Basel mit 83% verheiratheten Frauen entspricht annähernd der Allgemeinheit; seine Statistik ist daher sehr lehrreich. Während unter 21640 in der Stadt Basel innerhalb 10 Jahren geborenen lebenden Kindern bei fast 7‰ Ophthalmoblenorrhoe jährlich, als Mindestzahl, vorkam, und zwar bei 1131 unehelichen Kindern 21.2‰ jährlich gegen 5.6‰ bei 20509 ehelichen, wurde in dem Frauenspital Basel die Zahl der Erkrankungen durch Argentum nitricum Vorbeugung auf 2.7‰ herabgedrückt.

Dieser Vergleich zeigt, dass vor Allem die unehelichen Kinder eines verstärkten Schutzes durch zwangweise Vorbeugungsmaassregeln bedürfen; aber auch bei ehelichen Kindern soll diese nur bei Widerstand der Eltern unterbleiben. Am wenigsten wird man Widerstand begegnen, wenn man die Einträufelung als gegen den „Schleimfluss" der Augen gerichtet, hinstellt. Verlangen muss man von einem allgemein anzuwendenden Mittel, dass seine Anwendung nahezu schmerzlos sei, dass es möglichst geringe Reizungen des Auges verursache und auch bei stärkerer Concentration durch Verdunsten der Vorrathlösung nicht schade. Argentum nitricum entspricht diesen Anforderungen nicht. Schon viel besser bewährte sich das Protargol: ohne jedwede Reizerscheinung, d. h. völlig trocken waren die Augen von 70% der Kinder. Als besonders gut erwies sich Sophol, eine Verbindung der Formaldehydnucleinsäure mit Silber. Fast 90% der Kinder boten keinerlei Reizungen dar. Die Lösung wird am besten zu 5% verwandt, höhere Concentrationen schaden nicht. Bei der Herstellung darf kein warmes Wasser benutzt werden. Fast eben so wenig wie Sophol reizt das amerikanische Präparat Argyrol, dessen Silbergehalt indessen inconstant ist.

Jedenfalls hat sich mit dem Fallenlassen des Argentum nitricum, mit der Einführung anderer Silbersalze — Protargol (Argyrol), Sophol — die Zahl der Ophthalmoblenorrhoea gonorrhoica im Frauenspital Basel von 0.27% auf 0.05% vermindert, während in der gleichen Zeit die Zahl der Erkrankungen in der Stadt sich gleich geblieben ist. Kamann (Magdeburg).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

648. **Historisches und Kritisches über Knochencysten, Chondrome, fibröse Ostitis und ähnliche Leiden;** von Dr. R. Milner. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCfII. 4 u. 5. 1908.)

Den Hauptinhalt seiner Arbeit fasst M. in folgenden Sätzen zusammen: „Virchow hat für seinen berühmten Fall von Knochencyste die Entstehung aus einem echten Chondrom nicht, wie immer angenommen wird, behauptet, sondern im Gegentheil ausdrücklich abgelehnt und auch die anderen von ihm besprochenen Fälle nicht auf echte Tumoren im heutigen Sinne zurückführen wollen. Heute können wir diese Fälle alle zu der damals (1876) noch unbekannten Osteitis deformans oder fibrosa rechnen oder wenigstens einer ihr anatomisch gleichen Knochenerkrankung. Auch in

der späteren Literatur über Knochencysten findet sich kein einziger Fall einer wirklichen Cyste, deren Entstehung aus einem echten Tumor bewiesen oder wahrscheinlicher wäre als ihre Ableitung aus einer fibrösen Osteitis. Trotzdem ist die Tumortheorie der Knochencysten nicht ganz abzulehnen, noch weniger die traumatische Entstehung von Knochencysten selbst in sonst nicht nachweisbar kranken Knochen. Ob die verschiedenen Typen der Osteitis fibrosa untereinander und mit der gewöhnlichen Osteomalacie wesensgleich sind oder nicht, ist erst nach Kenntniss ihrer wesentlichen, vielleicht infektiösen Ursache zu entscheiden. Dasselbe gilt von der Osteomalacie und Rhachitis."

P. Wagner (Leipzig).

649. **La symptomatologie des ostéites apophysaires de la croissance;** par le Dr. A. Hardiviller. (Thèse de Paris 1907.)

Eine wichtige und wenig bekannte Krankheit ist die Osteitis der Apophysen, die während des Wachsthums und namentlich dann, wenn in dem Knorpel die ersten Knochenpunkte erscheinen, auftritt. Am häufigsten kommt diese Erkrankung in der Tibia vor und bildet die sogenannte Apophysitis der Tibia, die als das Prototyp der Erkrankung angesehen werden kann. Meist tritt sie in der zweiten Kindheit oder auch später im Jünglingsalter auf, mit starken Schmerzen in einem Knie oder in beiden Knieen. In liegender Stellung lassen die Schmerzen nach, was auf eine Entlastung der Quadricepssehne zurückzuführen ist. Bei der Lokaluntersuchung findet man eine genau umschriebene und sehr heftige Schmerzhaftigkeit über der Tuberositas anterior tibiae, entsprechend einer Verdickung dieser Gegend. Die Haut darüber ist etwas roth und warm. Das Allgemeinbefinden ist ziemlich gut; es besteht kein oder nur ein leichtes Fieber. Geht die Entzündung in Eiterung über, so treten hohes Fieber und Erbrechen auf, die Haut röthet sich stark und der Abscess öffnet sich, falls man nicht eingreift, von selbst nach aussen oder führt durch Fortpflanzung zur Entwickelung einer akuten Osteomyelitis.

Eine andere Form dieser Krankheit ist die Apophysitis des Calcaneum, die meist zwischen dem 12. und 13. Lebensjahre auftritt und ebenfalls durch Schwellung und starke Schmerzhaftigkeit, hauptsächlich an der Insertionstelle der Achillessehne, ausgezeichnet ist. Das Gehen ist schmerzhaft und die Patienten hinken stark; während des Liegens verschwinden die Schmerzen fast vollständig. Es sind noch Fälle von Apophysitis der Wirbel mit Lokalisirung in den Dornfortsätzen, von solcher in den Trochanteren und einer im Tuberculum des Scaphoideum beobachtet und beschrieben worden.

In differentialdiagnostischer Beziehung ist es wichtig, die Osteitis der Wirbel und des Trochanters nicht mit Pott'scher Krankheit, bez. tuberkulöser Coxitis zu verwechseln. Bei Apophysitis ist der Dornfortsatz geschwellen, während er bei tuberkulöser Kyphose nur vorspringt, sonst aber seine normalen Dimensionen bewahrt hat. Seitlicher Druck ist bei Pott'scher Krankheit schmerzhaft, was bei Entzündung der Apophyse nicht der Fall ist, wo nur der direkte Druck auf die erkrankte Stelle schmerzhaft empfunden wird. Schliesslich ist die Wirbelsäule bei Kyphose verkürzt, was bei Apophysitis nicht der Fall ist.

Bei Osteitis des Trochanters ist Druck oder Schlag auf den Absatz schmerzlos, während er bei Coxitis heftige Schmerzen auslöst. Die Bewegungen des Hüftgelenkes sind bei Coxitis aufgehoben, während sie bei Apophysitis frei ausgeführt werden können. Die Contraktur der Extremität ist bei tuberkulöser Coxitis viel stärker.

Bei Neuralgie des Ischiadicus, die ebenfalls zu Verwechselungen Veranlassung geben kann, sitzt der Schmerz mehr nach rückwärts, pflanzt sich nach unten fort und strahlt auch nach den Seiten aus, entsprechend den Verzweigungen des Nerven.

In therapeutischer Hinsicht sind vor Allem Ruhe und horizontale Lage durch 1—3 Wochen, je nach Bedarf anzuempfehlen. Lauwarme Bäder von 15—20 Minuten Dauer wirken antiphlogistisch und sedativ; eventuell kann auch Meersalz hinzugefügt werden. Oberflächliche Stichelungen mit dem Thermokauter und Einpinselungen mit Jodtinktur wären lokal anzuwenden. Gleichzeitig trachte man die Kräfte durch eine reichliche Nahrung, Verabreichung von Leberthran und glycerin-phosphorsaurem Kalk nach Möglichkeit zu heben.

Falls der Process in Eiterung ausgeht, so muss rechtzeitig der Herd eröffnet und mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden, worauf man eine Drainirung anlegt.

E. Toff (Braila).

650. **Ueber die diffusen Hyperostosen der Schädel- und Gesichtsknochen s. Ostitis deformans fibrosa** *(Virchow's Leontiasis ossea)*; von Dr. Ph. Bockenheimer. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 2. 1908.)

B. theilt aus der v. Bergmann'schen chirurg. Klinik 5 Fälle von diffusen Hyperostosen der Schädel- und Gesichtknochen mit. Die Benennung Leontiasis ossea ist für die Erkrankung nicht geeignet. Man bezeichnet die Krankheit am besten als diffuse Hyperostosen der Schädel- und Gesichtknochen. Der pathologisch-anatomische Process scheint mit der Osteitis deformans fibrosa identisch zu sein. Die Röntgenaufnahmen sind in hohem Maasse geeignet, für eine frühe Diagnose und für die Differentialdiagnose herangezogen zu werden. Die Aetiologie ist auf eine fehlerhafte Anlage zurückzuführen, und daher eine Verwandtschaft mit anderen diffusen Hyperostosen der Knochen, so mit Gigantismus, Akromegalie, nicht von der Hand zu weisen.

P. Wagner (Leipzig).

651. **Ueber Osteoarthritis deformans endemica im Transbaikalgebiet;** von Dr. E. Beck. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. 1908.)

Im Transbaikalgebiete kommt endemisch eine Krankheit vor, die sich klinisch durch Verdickung der Gelenke, Knarren, Bewegungsbeschränkung und Flexionstellungen, Vergrösserung der Knochenhöcker und der Cristae, zuweilen durch Wachsthumshemmung des Skeletts (mit Ausnahme des Brustkorbes) oder einzelner Knochen äussert. Am häufigsten werden die Interphalangealgelenke der Finger und die Ellenbogen, in zweiter Linie die Knie-, Hand- und Fussgelenke, seltener die Hüft- und Schultergelenke ergriffen. Die Krankheit ist gewöhnlich polyartikulär; sie entwickelt sich schleichend, ohne allgemeines Unwohlsein und Fieber und ohne lokale entzündliche Erscheinungen. Auf Grund der Ergebnisse der objektiven Untersuchung und der Röntgenaufnahmen kann man annehmen, dass durch irgend einen Process eine Knochenerweichung zu Stande kommt und durch Zugwirkung kräftiger Muskeln eine Abplattung der

Epiphysen stattfindet, wobei der Rand lippenförmig hervorragt oder nach oben oder unten abweicht. Die Knochenveränderungen führen zu Bewegungsbeschränkung, Flexionsstellung der Glieder und zuweilen zu anderen Gelenkverkrümmungen. Von Seiten des Nervensystems und der Intelligenz finden sich keine Abweichungen. Die Prognose quoad vitam ist günstig, quoad valetudinem completam ungünstig. Von sonstigen Knochengelenkaffektionen nähert sich der Osteoarthritis deformans am meisten die Arthritis deformans, doch ist sie mit der letzteren nicht identisch. Die Ursache der Krankheit ist allem Anscheine nach in einer besonderen Beschaffenheit des Trinkwassers zu suchen. Unter den prädisponirenden Ursachen spielt das jugendliche Alter eine wichtige Rolle.

P. Wagner (Leipzig).

652. **Abkürzung des Heilungsverlaufs Laparotomirter durch frühzeitiges Aufstehen;** von Prof. H. Kümmell. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. 1908.)

Unter 164 Laparotomirten und Herniotomirten, die K. am ersten oder an den nächstfolgenden Tagen nach dem Eingriffe aufstehen liess, war keine Thrombose, dagegen eine Lungenembolie mit tödtlichem Ausgange zu verzeichnen. Hernienbildung wurde auch bei den nach 10 und 12 Wochen Nachuntersuchten nicht gefunden. Die Wirkung des frühen Aufstehens auf die Kranken ist ungemein günstig. Ein wesentlicher Vortheil liegt in dem Fehlen oder der baldigen Beseitigung der sonst so lästigen und oft quälenden Symptome der gestörten Darmthätigkeit. Auch die Anwendung des Katheters fällt fast vollständig fort. Von grosser Wichtigkeit ist das frühe Aufstehen für die freiere und leichtere Athmung und die dadurch verringerte Gefahr des Eintritts von Bronchitiden und Pneumonien. Wesentlich sind auch die Hebung des Appetits und der günstige psychische Einfluss.

Um ein frühes Aufstehen der Operirten und speciell der Laparotomirten zu ermöglichen, sind einige wichtige Vorbedingungen zu erfüllen. Dazu gehört eine einwandfreie Narkose, die kein Erbrechen in ihrem Gefolge hat, ein rasches Operiren mit möglichst geringem Blutverlust, ein tadelloser aseptischer Wundverlauf mit primärer Heilung und endlich eine feste Naht der Operationwunde. Als Narkose wendet K. seit Jahren mit bestem Erfolge eine Scopolamin-Morphium-Chloroform- oder Aethernarkose an.

P. Wagner (Leipzig).

653. **Ueber postoperative Thrombo-Embolie;** von Prof. Alex. Fraenkel. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. 1908.)

Fasst man die postoperative Thromboembolie als einen im letzten Grunde durch Wundinfektion bedingten Zustand auf, so wird man consequenter Weise in jedem derartigen Falle, den man erlebt, ein Zeichen misslungener Asepsis sehen müssen. Eine neue Art von Prophylaxe lässt sich auf Grundlage einer solchen Anschauung allerdings nicht aufbauen. Es bleibt aber die Hoffnung, dass wir mit der noch weiteren Ausbildung und Verschärfung unserer Maassnahmen zur Wahrung der Wundasepsis und im Besonderen bei Laparotomien durch frühe Bekämpfung des ominösen Stadium der septischen Magen-Darmlähmung der postoperativen Thrombo-Embolie immer seltener begegnen werden. Bezüglich des frühen Aufstehens der Operirten sollen wir individualisirend vorgehen und das Ruhebedürfniss jener Operirten nicht stören, die keine Erscheinungen funktioneller Schwäche von Seiten des Kreislaufes oder der Athmung aufweisen.

P. Wagner (Leipzig).

654. **Ueber die operative Behandlung der Embolie der Lungenarterie;** von Prof. F. Trendelenburg. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. 1908.)

Tr. bespricht zunächst die Diagnose der Embolie der Lungenarterie, die wohl in den meisten Fällen sicher zu stellen ist. Nach seiner Erfahrung sind die Fälle, in denen der Abschluss zunächst nur ein partieller ist und der Tod erst nach einer Viertelstunde oder später eintritt, häufiger als die ganz plötzlichen Todesfälle.

Tr. beschreibt die von ihm modificirte Technik der operativen Behandlung der Embolie der Lungenarterie.

Der 1. Akt der Operation, die Freilegung der Pulmonalis, ist verhältnissmässig recht einfach. Dann handelt es sich darum, die zurücksinkende Pulmonalis und Aorta nach der Wunde vorzuziehen und die Compression der Gefässe zu ermöglichen. Die Incision, die Extraktion der Emboli und das Zuklemmen der Arterie darf nicht länger als etwa $^3/_4$ Minute dauern. Aber diese Zeit ist vollkommen ausreichend; eventuell steht nach nichts im Wege, die eröffnete Arterie nach dieser Zeit provisorisch abzuklemmen, den Blutstrom durchzulassen, nach einigen Minuten wieder zu comprimiren und die Manipulation zu wiederholen. Die Anlegung der Naht ist der schwierigste Theil der Operation, da das Herz inzwischen wieder stürmisch zu pulsiren angefangen hat und die Pulmonalis nur durch wiederholtes Anziehen des Gummischlauches immer für einige Sekunden ruhig gestellt und herangeholt werden kann.

Ueber Erfahrungen mit dieser Operation am Menschen kann Tr. nicht berichten; in dem einzigen Falle, in dem er einen Versuch machen konnte, gelang dieser nicht, im Wesentlichen wegen fehlerhafter Technik.

P. Wagner (Leipzig).

655. **Ergebnisse serologischer Untersuchungen beim Carcinom, besonders vom chirurgischen Standpunkte aus;** von Dr. G. Kelling. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 1. 1908.)

Die von K. angegebenen biochemischen Reaktionen stehen in Beziehung zur malignen Geschwulstbildung. Sie können verwendet werden für die Diagnose occulter Carcinome, die man dadurch früher zur Operation bringen kann, als es sonst möglich ist. Man kann diese Reaktionen ferner verwenden, um operirte Kranke auf Recidive zu controliren. Endlich schlägt K. vor, die von Bier angegebene Methode der Injektion artfremden

Blutes zur Behandlung maligner Geschwülste zu specialisiren, nämlich diejenigen Thierblutarten auszuwählen, gegen die der Körper des Geschwulstkranken an und für sich schon specifische Reaktion zeigt, und dieses Verfahren in erster Linie zu versuchen, um bei operirten Kranken die Recidive zu verhüten. P. Wagner (Leipzig).

656. **Ueber die Blitzbehandlung der Krebse**; von Prof. V. Czerny. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. 1908.)

Cz. fasst seine Meinung über die Keating-Hart'sche Blitzbehandlung der Krebse dahin zusammen, dass er sie als ein mächtiges, dosirbares Zerstörungsmittel des Krebsgewebes bezeichnet, das im Stande ist, Heilungen herbeizuführen, so weit die Neubildung dem Messer, scharfen Löffel und der Fulguratien zugänglich ist. Leider ist die Zerstörung der Krebszellen durch den elektrischen Funken keine so gründliche, dass dadurch ihre Lebens- und Proliferationfähigkeit aufgehoben würde. Wir können oberflächlich ulcerirte, namentlich weiche Krebsgeschwüre durch Fulguration, Ausschabung und nochmalige Fulguratien beseitigen und in schonender Weise zu rascher Heilung bringen, da die Fulguration die Granulation- und Narbenbildung in hohem Grade anregt und beschleunigt. Bei inoperablen und recidiven Krebsen kann man mit der Fulguratien die Jauchung, Blutung und auch die Schmerzhaftigkeit wirksam bekämpfen und dadurch das Leben des Kranken verlängern und seine Leiden vermindern. Leider ist die Blitzbehandlung selbst schmerzhaft und muss deshalb meist in tiefer Narkose gemacht werden, wofür Cz. eine gemischte Morphium - Hyoscin - Chloroformnarkose verzieht. „Jedenfalls verdient die Fulguration der Krebse ein gründliches Studium, aus dem sicher auch noch mannigfache Nutzanwendungen für andere krankhafte Zustände, namentlich für Lupus und tuberkulöse Geschwüre, aber vielleicht auch für Kropf, Prostatahypertrophie und Hämorrhoiden hervorgehen dürften. Dass man Naevi, Warzen, Condyleme, Atherome, Molusca damit zerstören kann, ist längst bekannt. Vielleicht können auch Gelenktuberkulosen durch die Fulguration günstig beeinflusst werden."

P. Wagner (Leipzig).

657. **Ein Fall von retrobulbärer teratoider Geschwulst** *(Krönlein'sche Operation)*; von O. Rethschild. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 49. 1907.)

Entfernung eines kirschengrossen retrobulbären Teratoms bei einem 28jähr. Kellner durch die Krönlein'sche Operation unter Erhaltung des Bulbus. Histologisch bestand die Geschwulst, die an der temporalen Seite zwischen Periorbita und Muskeltrichter lag, aus Abkömmlingen des mittleren und äusseren Keimblattes.

Versé (Leipzig).

658. **Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire**; par P. Jaques, Nancy, et H. Gaudier, Lille. (Arch. internat. de Laryngol. etc. XXIV. 6. p. 777. 1907.)

Therapeutisch kommt als wirksamste und allein Erfolg versprechende Methode die Operation mit theilweiser oder totaler Resektion des Oberkiefers in Frage. In einzelnen Fällen ist auch hier das Radium versucht worden (mit Erfolg von Kaiser). Ferner sind Injektionen mit Chininum hydrochlorico-sulphuricum und Spülungen mit Adrenalin angewendet werden.

Heehheim (Halle a. d. S.).

659. **Die Pharyngotomia suprahyoidea bei Geschwülsten der Zungenbasis**; von Prof. S. P. Fedoroff. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIV. 4. 1907.)

Zur Exstirpation von Geschwülsten der Zungenbasis empfiehlt F. die *Pharyngotomia suprahyoidea*, die gegenüber der Pharyngotomia subhyoidea folgende Vorzüge hat: 1) Man hat unvergleichlich mehr Raum, um an die hintere Pharynxwand, den Nasenrachenraum, den weichen Gaumen mit den Tonsillen, die Epiglottis, und die Zungenbasis heranzukommen. 2) Man vermeidet dabei Verletzungen, die unangenehme Folgen nach sich ziehen können (Schädigung der NN. laryng. supp.). 3) Man operirt ohne präventive Laryngo- oder Tracheotomie. 4) Man hat eine geringe Blutung während der Operation selbst und braucht nicht Nachblutungen aus der Wunde zu fürchten. 5) Die Wunde heilt entweder per primam in toto oder es bilden sich kleine Fisteln, die allmählich heilen, ohne dass man die Kr. per clysma oder durch die Magensonde ernährt. P. Wagner (Leipzig).

660. **Ueber die primären Tumoren der Trachea**; von Dr. Eberhard Krieg. (Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. 1908.)

Kr. theilt 2 neue Fälle von *primären Tumoren der Trachea* mit. Der 1. Fall betraf eine 37jähr. Frau mit Fibrom der Trachea, das von v. Bruns mittels Tracheotomie entfernt wurde; der 2. Fall betraf einen 67jähr. Kr. mit multiplen Papillomen der Trachea, die von Krieg sen. auf natürlichem Wege operirt wurden.

Von 1767 bis 1898 sind nach der v. Bruns'schen Statistik 147 Fälle von Luftröhrengeschwülsten bekannt gewerden: 102 gutartiger und 45 bösartiger Natur. Von 1898—1907 gelang es Kr. einschliesslich der 2 neuen Beobachtungen 53 Fälle aufzufinden. Die Zahl der bisher beobachteten und publicirten Fälle von Trachealtumoren beträgt also insgesammt 201: 25 Fibrome, 41 Papilleme, 4 Lipome, 42 Chondrome und Osteome, 6 Adeneme, 2 Lymphome, 14 intratracheale Strumen, 21 Sarkome, 40 Carcinome, 6 Neubildungen unbekannter Natur. P. Wagner (Leipzig).

661. **La tecnica dell' amputazione della mammella nella cura radicale del cancro mammario in rapporto alle sue vie di diffusione;** per il Dott. O. Cignozzi. (Arch. internat. de Chir. III. 6. 1908.)

C. bespricht zunächst die Verbreitungswege des Carcinoms, die Art und Weise des Auftretens der Recidive und die procentuale Anzahl der Dauerheilungen nach den verschiedenen Operationen. Eine wirklich radikale Operation des Mammakrebses muss folgende Bedingungen erfüllen: Die Exstirpation muss einen grossen Teil der Haut umfassen; die Brustdrüse muss vollkommen weggenommen werden; die Aponeurose und der M. pectoral. major und selbst der M. pectoral. minor müssen entfernt werden; die Achselhöhle und die Fossa subclavicularis müssen ausgeräumt werden. Die erkrankten Gewebe müssen als Ganzes entfernt werden. C. empfiehlt besonders die autoplastische Methode von Tansini mit der neuen Modifikation der dorsalen Lappenbildung.

P. Wagner (Leipzig).

662. **Zur Dauerheilung des Brustkrebses;** von Prof. Steinthal. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. 1908.)

St. hatte unter 142 Brustkrebsoperirten 44 = 30.9% ohne Recidiv. Die Gesammtsumme der Fälle setzt sich nach ihren klinischen Erscheinungen aus 3 Gruppen zusammen. Wirklich gute Resultate sind nur in solchen Fällen zu erzielen, die der Gruppe I angehören: Fälle mit anscheinend sehr langsamem Wachsthum, der Tumor ist nur einige Centimeter gross, liegt noch ganz in der Drüse, zum Mindesten ist die Haut noch nicht fixirt; in der Achselhöhle finden sich eine oder auch mehrere Drüsen, die man gewöhnlich erst bei der Operation entdeckt. Bei diesen Kranken können wir ruhig mit grossen Operationen vorgehen, um die guten Resultate noch zu steigern. Zweifelhaft bleibt die Prognose für die Fälle der Gruppe II: deutlich und rascher wachsende Knoten, die länger stationär geblieben waren; Haut fixirt; deutlich wahrnehmbare Drüsen in der Achselhöhle. Trotz der modernen grossen Operationen bleibt die Prognose ganz schlecht für die Fälle der Gruppe III: Mamma zum grössten Theil ergriffen; Tumor mit Haut und Unterlage verwachsen; Supraclavikulardrüsen häufig erkrankt. P. Wagner (Leipzig).

663. **Ueber einen Fall von Carcinom des Scrotums bei einem Braunkohlenträger;** von Dr. Friedr. Halle. (Inaug.-Diss. Leipzig 1908. B. Georgi.)

H. theilt aus der Trendelenburg'schen Klinik einen Fall von typischem „Schornsteinfegerkrebs" des Scrotum mit, der einen 52jähr. Kr. betraf, der mehrere Jahre als Kohlenträger bei einem Braunkohlenhändler gearbeitet hatte. Pat. selbst brachte die Erkrankung mit dem Braunkohlenstaub in Zusammenhang und gab an, sich nach beendigter Arbeit weder umgezogen, noch gereinigt zu haben. Das Carcinom wurde mit Erfolg exstirpirt; 7 Monate später Nachuntersuchung: kein Recidiv.

Im Anschluss an diese Beobachtung stellt H. die bisher veröffentlichten Fälle von Theer- und Paraffinkrebs des Scrotum kurz in zeitlicher Reihenfolge zusammen.

P. Wagner (Leipzig).

664. **Die operative Behandlung der Tuberkulose der Samenbläschen und der Vasa deferentia;** von Dr. B. Cholzoff. (Folia urologica II. 5. 1908.)

Mittheilung von 10 *Spermatocystektomien*, die Ch. in den letzten Jahren vorgenommen hat. Er kommt zu folgenden Schlusssätzen: „1) In denjenigen Fällen, in denen nach Castration oder Epididymektomie ein schwach ausgeprägter tuberkulöser Process der Samenbläschen keine Neigung zur Rückbildung zeigt, sondern in statu quo bleibt, resp. sogar fortschreitet, ist es nothwendig, die erkrankten Samenbläschen zu entfernen. 2) Ist der tuberkulöse Process in den Samenbläschen indes von vornherein stark ausgeprägt, bei gleichzeitig bestehender Tuberkulose des Hodens oder Nebenhodens, so liegt keine Veranlassung vor, mit der Operation der Entfernung der Samenbläschen zu warten, letztere soll dann gleichzeitig oder kurze Zeit nach der Castration, resp. Epididymektomie ausgeführt werden. 3) Stellt sich bei der Operation der Entfernung der Samenbläschen heraus, dass die Vorsteherdrüse theilweise oder vollständig an Tuberkulose erkrankt ist, so müssen die erkrankten Abschnitte der Prostata, resp. die ganze Prostata entfernt werden. 4) Ueberhaupt müssen alle tuberkulös erkrankten Abschnitte des Genitalapparates weggenommen werden, und im Falle einer Erkrankung des ganzen Genitalapparates muss dieser in toto entfernt werden. 5) Bei combinirter Tuberkulose der Geschlechts- und Harnorgane ist die operative Entfernung der erkrankten Abschnitte des Genitalapparates nur in dem Falle contraindicirt, wenn der tuberkulöse Process der Harnorgane sehr weit gediehen ist, oder eine beiderseitige Nierenerkrankung besteht. 6) Gleichzeitige tuberkulöse Erkrankung der Lungen oder anderer Organe lässt die Operation nicht contraindicirt erscheinen, falls diese Erkrankung sich in mässigen Grenzen hält und das Allgemeinbefinden nicht wesentlich beeinflusst. 7) Ein elender Allgemeinzustand, der durch die tuberkulöse Erkrankung der Genitalorgane bedingt wird, bildet nicht nur keine Contraindikation für die Operation, sondern fordert vielmehr zur schleunigen Ausführung derselben auf. 8) Von allen Operationsmethoden zur Entfernung der Samenbläschen sollten nur drei Anwendung finden: die ileo-inguinale, die perinäale und die sacrale Methode. 9) Die Entfernung der Samenbläschen von der Ileo-inguinalgegend aus kann zur Nothwendigkeit werden, wenn sich bei der Ausführung der Orchidektomie oder Epididymektomie eine Erkrankung des ganzen Samenleiters herausstellt, eine Erkrankung des Samenbläschens aber vor der Operation nicht con-

statirt worden war. Wird der Samenleiter, um an seinen gesunden Abschnitt zu gelangen, höher und höher freigelegt, und gelangen wir dabei zu der Ueberzeugung, dass er in ganzer Ausdehnung erkrankt ist, so muss nicht nur der Samenleiter, sondern auch das Samenbläschen entfernt werden. Abgesehen davon soll die Entfernung des Samenbläschens von der Ileo-inguinalgegend aus nur bei zweifellos einseitiger Erkrankung vorgenommen werden. 10) Die perinäale Methode, die für die Entfernung der Samenbläschen nicht immer genügenden Zugang schafft, dahingegen die Ausführung der Operation unter geringem Zeitaufwande gestattet, soll bei Patienten Anwendung finden, deren geschwächter Zustand es nicht wünschenswerth erscheinen lässt, die Operation der Entfernung erkrankter Genitalorgane in zwei Sitzungen auszuführen. 11) Bei denjenigen Patienten, bei welchen die Entfernung erkrankter Abschnitte des Genitalapparates in zwei Sitzungen ausgeführt werden kann, soll die sacrale Methode mit temporärer Resektion des Kreuzbeins angewandt werden; sie giebt den besten Zugang zu den Samenbläschen. 12) Das unmittelbare Resultat nach der Spermatocystektomie ist durchaus befriedigend; das Mortalitätsprocent ist unbedeutend. 13) Es ist Grund vorhanden zur Annahme, dass auch das Dauerresultat ein befriedigendes ist; in der Mehrzahl der Fälle, in denen die Kranken mehr oder weniger lange Zeit hindurch controlirt worden waren, ist ein Recidiv nicht erfolgt." P. Wagner (Leipzig).

665. **The results of the treatment of cases of muscular torticollis at the Boston Childrens Hospital since 1879**; by Bradford and Sever. (Boston med. a. surg. Journ. CLVI. 8; Aug. 22. 1907.)

Hinsichtlich der Aetiologie neigen Br. u. S. zu der Annahme einer ischämischen Contraktur (Jossorand). Interessant ist unter den zahlreichen Illustrationen die Abbildung von 3 Schwestern mit Torticollis. 72 Patienten wurden in dem genannten Zeitraume operirt. Es werden stets die beiden Bäuche des Kopfnickers offen vom horizontalen Schnitte über dem Schlüsselbeine durchtrennt. Nur 1mal wurde auch der Scalenus tenotomirt. Der Kopf wird dann in grossem Gipsverbande längstens während 8 Wochen immobilisirt. Für weitere 4 Monate wird ein einfacher redressirender Apparat getragen. Von 62 Patienten konnten später Nachrichten eingezogen werden. 53 waren völlig geheilt, Rückfall trat 3mal ein.

Vulpius (Heidelberg).

666. **Zur Aetiologie des angeborenen Schulterblatthochstandes**; von Dr. Graetzer in Breslau. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. III. Erg.-Bd. p. 480. 1907.)

Gr. giebt einen Fall von angeborenem doppelseitigen Schulterblatthochstande wieder, in dem er neben den bei der Sprengel'schen Deformität beobachteten Begleiterscheinungen als weitere Missbildung noch einen grossen subcostalen Tumor vorfand. Als Ursache nimmt auch Gr. eine Entwickelungshemmung an, die Slomann auf einen fehlenden Descensus scapulae zurückführt, und glaubt den Beweis für den amniogenen Ursprung der Sprengel'schen Deformität in dem Röntgenogramme einer von Fr. v. Winckel veröffentlichten fötalen Missbildung zu erblicken. Jos. Bayer (Denklingen).

667. **Zur Casuistik der Totalexstirpation der Scapula bei akuter infektiöser Osteomyelitis**; von Dr. E. Koerber. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 4. 1908.)

12jähr. Knabe mit akuter infektiöser Osteomyelitis der Scapula, bei dem Sudeck wegen der grossen Ausdehnung des Abscesses und wegen der drohenden Allgemeininfektion die Totalexstirpation des Schulterblattes vornahm, quoad sanationem und quoad funktionem mit vollkommenem Erfolge. Bei der Nachbehandlung wurde die Ruhigstellung bald verlassen und der Arm auf einen beweglichen Triangel gelegt. Die Eintrittpforte der Infektion bildeten in diesem Falle die Tonsillen; die primäre Ursache für die Lokalisation war ein schwerer Fall auf die Schulter, den Pat. 8 Tage vor den ersten Symptomen erlitten hatte. P. Wagner (Leipzig).

668. **Zur Pathologie der Schultergelenksschleimbeutel**; von Dr. A. Stieda. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 4. 1908.)

Mittheilung von 8 Fällen von akuter Entzündung der Schultergelenkschleimbeutel; und zwar waren im Wesentlichen die Bursa subacromialis und subdeltoidea befallen. Das Röntgenbild ergab entsprechend diesen Schleimbeuteln eine deutlich nachweisbare Schattenbildung. Bei einigen nachuntersuchten Kranken waren die Schatten dann völlig verschwunden, bez. sehr verkleinert. St. glaubt, dass man es in diesen Fällen mit einer akuten *gichtischen Entzündung des Schleimbeutels* zu thun hat. St. hat auch 2 Kranke beobachtet, bei denen die Erkrankung einen mehr chronischen Charakter trug. Es empfiehlt sich bei den akuten Entzündungen nicht, das Gelenk festzustellen. Man behilft sich vielmehr zweckmässig anfangs mit Narkoticis, Umschlägen oder Einwickelungen; daneben innerlich Tinct. colchici. Natürlich wäre auch eine Allgemeinbehandlung gegen die gichtische Diathese zweckmässig. Sobald das schmerzhafte Stadium nachgelassen hat, sind Massage und aktive und passive Bewegungstherapie angezeigt.

P. Wagner (Leipzig).

669. **Beobachtungen über Schulterluxationen nach hinten**; von Dr. N. Ellerbroek. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Mittheilung aus der Göttinger chirurgischen Poliklinik über 10 Fälle von Luxation des Humeruskopfes nach hinten. Die Behandlung bestand darin, dass in Narkose ein leichter Zug am Oberarme in seiner Achsenrichtung ausgeübt und der Humeruskopf durch direkten Druck in sein Lager reponirt wurde. Zunächst wurde durch fixirenden Verband der Arm ruhig gestellt, dann nach etwa 14 Tagen vorsichtig mit leichten Bewegungen angefangen. Die Resultate waren gut. In einem Falle war die

Luxation durch Fraktur des luxirten Kopfes complicirt. Anhangsweise berichtet E. kurz über 584 Luxationen, die von Anfang 1890—1907 in der Göttinger chirurg. Poliklinik beobachtet wurden.

P. Wagner (Leipzig).

670. **Die Arthrodese des Schultergelenkes;** von Vulpius in Heidelberg. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 1 u. 2. 1907.) Autorreferat.

Ist der Arm in Folge völligen Schlotterns der Schultern durch completo Lähmung gebrauchsunfähig, ist aber die Muskulatur des Vorderarmes und der Hand einerseits, des Schultergürtels andererseits gut erhalten, so haben wir in der Arthrodese der Schulter ein sehr wirksames Mittel zur Wiederherstellung der Funktion. Die Schultermuskulatur vermag Scapula plus Humerus in überraschend guter Weise zu bewegen. V. verfügt über 12 eigene Operationen bei Patienten von 2 bis 18 Jahren, die nach der Arthrodese bis zu 8 Jahren beobachtet werden konnten. Anatomisch, wie funktionell günstige Resultate wurden festgestellt. Der Arm konnte durchschnittlich aktiv 75° nach vorn, 60° seitwärts und 30° nach hinten gehoben werden. Auch die Funktion der Oberarmmuskulatur wurde regelmässig durch die Beseitigung der paralytischen Luxation gebessert.

671. **Ueber die präventive Behandlung der Gelenkverletzungen des Oberarmes zur Verhütung der Gelenkversteifung;** von Bardenheuer in Köln. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 1 u. 2. 1907.)

Um alle die gefürchteten Folgen der Gelenkbrüche, die Ankylose, die primäre oder sekundäre Synovitis, die übermässige Callusbildung zu verhüten, stellt die Extensionbehandlung das sicherste Mittel dar. Speciell für Brüche des Humerus im Bereiche des Schulter- und Ellenbogengelenkes erläutert B. seine Erfolge durch eine Reihe vorzüglicher Röntgenbilder. Die Controle der Frakturheilung mit Hülfe des Röntgenogramms spielt in B.'s Klinik eine grosse Rolle.

Vulpius (Heidelberg).

672. **Das v. Hacker'sche Triangel zur ambulanten Extensionsbehandlung der Oberarmbrüche;** von Dr. E. Streissler. (Beitr. z. klin. Chir. LV. 3. 1907.)

Das v. Hacker'sche Triangel besteht aus einer zur Figur eines nahezu rechtwinkeligen Dreiecks zusammengebogenen starken Pappschiene, die in der Weise zwischen Thorax, dem mehr oder weniger abducirten Oberarm und dem supinirten Vorderarm sich einschiebt und daselbst befestigt wird, dass der Oberarm auf der Hypotenuse dieses Dreiecks aufruht, während die beiden spitzen Winkel Achsel und Ellenbogen von einander zu entfernen, zu distendiren bestrebt sind, demnach eine Extension am Oberarme ausüben. Der Verband ist ein Lagerungs- und ein Extensionverband. Er ist angezeigt bei Fract. colli anat. humeri; bei allen pertuberkulären Humerusfrakturen mit Abduktion; bei allen subtuberkulären Frakturen mit Abduktion; bei allen Diaphysenfrakturen; bei Frakturen am unteren Humerusende und bei schweren Frakturen des Vorderarmes.

P. Wagner (Leipzig).

673. **Ueber einen neuen Apparat für die Behandlung der Frakturen des Armes;** von Dr. E. Martini. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. 1908.)

Der Apparat, dessen Construktion in der mit Abbildungen versehenen Originalarbeit nachzulesen ist, bietet folgende Vortheile: „1) Er kann während der ersten Tage nach der Fraktur angelegt werden. 2) Er dient zur Reduktion und zur Contention; die Wiedereinrichtung geschieht dabei in gradueller Weise und in verschiedenen Zeitperioden. Da jede Reduktionbewegung im ganzen Apparate stattfindet, kann man mit Sicherheit auf eine gute Contention rechnen. 3) Neben der Extension und Gegenextension kann man zur Reduktion eventuell durch Compression und laterale Traktion beitragen. 4) Da der frakturirte Theil blosgelassen wird, kann man ihn fortwährend beschauen und untersuchen und mit Massage behandeln. 5) Im Falle einer complicirten Fraktur, d. h. eines offenen Bruchherdes kann man letzteren in der geeigneten Weise behandeln, ohne sekundäre Verlagerungen der Fragmente hervorzurufen."

P. Wagner (Leipzig).

674. **Verlegung der Art. brachialis durch Abknickung bei complicirter Epiphysenlösung am unteren Humerusende;** von Dr. Fr. Magenau. (Beitr. z. klin. Chir. LII. 3. 1907.)

Es handelte sich um einen 8jähr. Knaben mit Aufhebung der Cirkulation im Vorderarme bei complicirter Lösung der unteren Humerusepiphyse, die sich zunächst durch Fehlen des Radialpulses, Kühlwerden und Verfärbung der Extremität und Auftreten von Parästhesien äusserte, die sodann nach Freilegung der Bruchstelle und damit des Sitzes des Cirkulationhindernisses direkt durch Abtastung der Art. brachialis festgestellt wurde. Gebildet wurde dieses Hinderniss durch eine Abknickung der Arterie, die bedingt war durch Fixation gegen die Bruchlinie mittels eines Adventitiafetzens. Dieser war in der zackigen Bruchlinie so verhakt, dass auch bei stärkster Extension des Bruchspaltes die Elasticität der Arterie nicht genügte, die Lösung zu bewirken. Operative Freilegung der Bruchstelle u. s. w. Vollkommene *Heilung*.

P. Wagner (Leipzig).

675. **Dell'allungamento del moncone osseo da amputazione. Corneoma sviluppatosi sul moncone osseo da amputazione;** per il Prof. F. Gangitano, Camerino. (Rif. med. XXIII. 29. p. 788. 1907.)

Es kam ein 60jähr. Mann zur Beobachtung, dessen rechter Oberarm vor 42 Jahren in Folge eines Unfalles zwischen oberem und mittlerem Drittel amputirt worden war. Mehrere Jahre nach der Amputation, nachdem Pat. mehrere Male auf seinen Stumpf gefallen war, begann der knöchorne Stumpf zu wachsen, um allmählich eine Länge von 4 cm über die frühere Grenze hinaus zu erreichen. Pat. benutzte den Stumpf viel zum Halten des Netzes beim Fischen. Vor 6 Monaten entstand auf dem conischen Knochenstumpfe ein typisches, schnell wachsendes, ausgedehntes, gekrümmtes Cornu cutaneum. Der Pat. wurde reamputirt. Das Cornu cutaneum zeigte mikroskopisch zahlreiche Epithellappen. G. erklärt die Aetiologie des Tumor so, dass das Wachsthum erst erfolgt ist, als bei dem 60jähr. Pat. durch Rückbildungsprocesse das physiologische Gleichgewicht der Gewebe, das die fortwährenden, auf den Stumpf ausgeübten Reize zu compensiren hatte, gestört war.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

676. **Die Luxatio cubiti posterior und ihr Verhältniss zur sogenannten Myositis ossificans traumatica;** von Dr. A. Machol. (Beitr. z. klin. Chir. LVI. 3. 1908.)

M. standen 16 Kranke aus der Breslauer chirurg. Klinik zur Verfügung, die dem Zeitraume von Anfang 1903 bis Anfang 1907 entstammen und die innerhalb dieser Periode wiederholter Untersuchung zugänglich waren. Die Untersuchungsergebnisse sind folgende: „Eine reponirte Luxatio cubiti simplex ist in der Regel gefolgt von einer circumscripten Verknöcherung der Muskulatur der Ellenbeuge. Abweichende Fälle bilden die Ausnahme; nicht reponirte Fälle zeigen den Process niemals. Verschieden ist die Ausdehnung, die der Process nimmt, verschieden sein Lageverhältniss zum Skelett. Nachweisbar ist diese, bis jetzt unbekannte, Häufigkeit des Auftretens nur bei systematischer, über Jahre fortgesetzter Beobachtung des Einzelfalles. Röntgenbilder sind von hohem Werth für die Erweiterung der Kenntnisse der Entwickelung, des An- und Abbaues, wichtig zur Ergänzung des histologischen Befundes und unersetzlich zur Stellung der Prognose. Diese ist ab initio stets mit Vorsicht zu stellen, denn von vornherein lässt sich nicht beurtheilen, welche Entwickelung der ossificirende Process nehmen wird. Die Prognose, stellbar nach Ablauf des sogen. Jugendstadiums, ist abhängig von der primären Lage der Verknöcherung zum Skelettgerüst. Conservative Therapie zeitigt günstige Resultate und sollte im Allgemeinen die Regel bilden. Operative Therapie ist indicirt bei nervösen Störungen, sonst nur, wenn beträchtliche funktionelle Beeinträchtigung nach langer Frist noch vorhanden ist. Operative Eingriffe vor Ablauf eines Jahres sind zu widerrathen."

P. Wagner (Leipzig).

677. **Die Schädigung des N. medianus als Complikation des typischen Radiusbruches;** von Dr. Bleeher. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 1. 1908.)

In der Literatur finden sich 9 Beobachtungen von Schädigung des N. medianus durch einen Bruch des unteren Radiusendes. Bl. schliesst eine eigene Beobachtung an und kommt dabei zu folgenden Ergebnissen: 1) Es kommen nach Radiusbrüchen am unteren Ende primäre und sekundäre Schädigungen des N. medianus vor; um erstere nicht zu übersehen, ist eine Funktionsprüfung des Nerven gleich bei der ersten Untersuchung des Bruches nothwendig. 2) Die primäre Schädigung entsteht durch Contusion oder Ueberdehnung und hat nicht immer völlige Regeneration zur Folge. Ein operativer Eingriff ist erst bei Ausbleiben dieser geboten. 3) Die sekundäre Schädigung entsteht durch Einwirkung eines stärkeren Callus und wird durch dessen operative Entfernung meist völlig beseitigt.

P. Wagner (Leipzig).

678. **Beitrag zur Kenntniss der typischen Luxationsfraktur des Intercarpalgelenkes;** von Dr. V. Schoch. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCI. 1 u. 2. 1907.)

Mittheilung von 5 neuen Fällen dieser Verletzung aus der de Quervain'schen Abtheilung. Auf Grund des bisher vorliegenden Materiales von 30 Fällen und auf Grund von experimentellen Untersuchungen kommt Sch. zu folgenden Ergebnissen: 1) Die von de Quervain zuerst als scharf abgegrenzte Verletzung des Handgelenkes beschriebene Combination von volarer Luxation des Lunatum mit Fraktur des Naviculare und volarer Verschiebung seines proximalen Fragments erweist sich auch nach den seitherigen Erfahrungen als eine typische Verletzung. 2) Sie ist neben der isolirten Luxation des Lunatum und der Naviculare-fraktur die häufigste Carpalverletzung. Wir bezeichnen sie am einfachsten als *„typische intercarpale Luxationsfraktur"*. Verursacht wird die Verletzung stets durch sehr grosse Gewalteinwirkung, und zwar in den weitaus meisten Fällen durch Fall aus der Höhe auf den ausgestreckten Arm. Die *Hauptsymptome* der typischen intercarpalen Luxationfraktur sind: die Schwellung der Handgelenkgegend mit Unmöglichkeit aktiver Handbewegungen und grosser Schmerzhaftigkeit passiver Versuche dazu, ferner die Verdickung, Verbreiterung und Verkürzung des Carpus, dann die vor dem volaren Radiusrande meist durchtastbare knöcherne Resistenz und die durch sie bedingten Bewegungsstörungen der Finger und endlich die Erscheinungen von Druck auf den Medianus. Die *Diagnose* ergiebt sich aus den genannten Erscheinungen und aus dem Röntgenbilde. Die *Prognose* ist in allen Fällen als ernst zu betrachten. Nur wo die Reposition gelingt, ist eine annähernd völlige Wiederherstellung der Funktionen des verletzten Handgelenkes zu erhoffen. Sonst bleibt auch bei operativer Behandlung die Beweglichkeit im Handgelenke beschränkt. Die völlige Erwerbsunfähigkeit dauert bei sofortiger richtiger Behandlung durchschnittlich mindestens 2—3 Monate, sonst länger. Die bleibende Invalidität lässt sich erst nach 2 bis 3 Jahren sicher abschätzen und beläuft sich durchschnittlich auf etwa 10%. P. Wagner (Leipzig).

679. **Ueber Manus valga oder sogenannte Madelung'sche Deformität des Handgelenks;** von Dr. H. Siegrist. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCI. 5—6. 1908.)

Genaue Beschreibung dreier schwerer und mehrerer leichter Fälle von Madelung'scher Handgelenkdeformität. In der Literatur finden sich ausserdem 55 Beobachtungen, in denen 5 anatomische und 18 radiographische Untersuchungen vorliegen. Bei Vorhandensein einer individuellen Prädisposition bildet die Spätrhachitis die pathologische Grundlage. Eine sekundäre Rolle spielt der Beruf, durch den eine schon vorhandene Deformität verstärkt werden kann. Das Maassgebende an der Manus valga ist nicht in einer Veränderung im Handgelenk selber zu suchen, sondern in einer solchen der Vorderarmknochen: in Folge von Volar-

krümmung des Radius bleibt die Ulna dorsal luxirt zurück. Als drittes Moment bei dem ganzen Processe kommt hinzu eine Verlagerung der Handwurzel volar- und proximalwärts.

P. Wagner (Leipzig).

680. **Zur Aetiologie der Madelung'schen Deformität;** von Dr. P. Ewald. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIV. 4. 1907.)

E. theilt aus der Vulpius'schen orthopädisch-chirurgischen Klinik eine Beobachtung mit, aus der hervorgeht, dass traumatisch ein der Madelung'schen Deformität ganz analoges Bild zu Stande kommen kann und dass die Ursache davon in einer Alteration des Epiphysenknorpels zu suchen ist. E. will allerdings damit nicht sagen, dass die Madelung'sche Deformität *nur* dadurch entsteht. Therapeutisch scheint die meisten Erfolge die Osteotomie der Radiusepiphyse zu haben.

P. Wagner (Leipzig).

681. **Zur Aetiologie der Madelung'schen Deformität der Hand;** von Dr. Franke. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 1—3. 1908.)

Mittheilung aus der Rostocker chirurgischen Klinik über eine klinisch und pathologisch-anatomisch genau untersuchte Madelung'sche Deformität der Hand. Ein einzelner Fall kann die Sachlage nicht völlig klären, da anatomische Untersuchungen des Frühstadium fehlen, die gerade hier von besonderer Wichtigkeit sind. Die Ansicht Madelung's scheint sich aber doch insofern als richtig zu erweisen, als wir die Ursache für die Deformität in einer Störung der Wachsthumsrichtung der Epiphyse suchen müssen und nicht in einer Verbiegung des Radiusschaftes.

P. Wagner (Leipzig).

682. **Die Theorie der verschiedenen Mechanismen der Lunatumluxation;** von Dr. G. Montandon. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 1. 1908.)

Die *Lunatumluxation* ist fast stets eine *volare;* dorsale Luxationen wurden selten beobachtet. Die volare Lunatumluxation kann auf 2 Wegen entstehen: a) bei Dorsalhyperflexion der Hand; b) seltener bei Volarhyperflexion der Hand. Betreffs der *Therapie* schliesst sich Vf. Wendt und Poulsen an. Bei offener Luxation: Exstirpation des Knochens; bei frischer subcutaner Luxation: Repositionversuche durch Zug und Dorsalflexion der Hand, Druck volar auf das Lunatum, Volarflexion; bei nicht gelungener Reposition und in alten oder complicirten Fällen: exspektative Behandlung, wenn die Beschwerden gering, bez. vermuthlich abnehmend sein werden (keine Massage); anderenfalls Exstirpation des Knochens. Letztere entspricht mehr der heutigen Art.

P. Wagner (Leipzig).

683. **Luxation des Os lunatum. Pathologische Anatomie und blutige Reposition derselben;** von Dr. A. Ohly. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. 1908.)

Den bisher bekannten 75 Fällen von *Mondbeinluxation* reiht O. eine neue Beobachtung an, bei der es gelang, während der Operation einen genauen Ueberblick über das Verhalten der volaren Bandmassen zu gewinnen. *Therapeutisch* kommen die *unblutige,* die *blutige Reposition* und die *Exstirpation des Knochens* in Betracht. Ob die unblutige Reposition gelingt, ist abhängig 1) von der Zeit, die nach der Verletzung verflossen ist; 2) von der Lage des luxirten Knochens zu den Beugesehnen. Er kann hinter, zwischen und vor diesen liegen; in dem letzten Falle dürfte eine unblutige Reposition unmöglich sein.

Bei der offenen Luxation, bei der das luxirte Lunatum in der Wundfläche liegt, wird es von dem Zustande der Wunde abhängen, ob man sich entschliesst, zu reponiren oder die Exstirpation vorzunehmen. Gelingt die blutige Reposition nicht oder ist der Knochen aus allen seinen Verbindungen mit den Nachbarknochen oder Bändern herausgerissen, so ist seine Exstirpation angezeigt.

Was die Erfolge für die Funktion des Handgelenkes betrifft, so ist nach allen Operationen, sowohl nach blutiger Reposition, wie nach Exstirpation des luxirten Knochens, entschieden eine Besserung der bestehenden Steifigkeit, in einigen Fällen sogar vollkommene Restitutio ad integrum erzielt worden. Die besten Resultate wurden erzielt, wenn sofort oder kurze Zeit nach der Verletzung unblutig oder blutig reponirt wurde. Schlechter sind die Resultate, wenn gleichzeitig eine Kahnbeinfraktur oder Absprengung und Verschiebung von Knochenfragmenten vorlag.

P. Wagner (Leipzig).

684. **Ueber die Behandlung von Fingerfrakturen;** von Dr. P. Ewald. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23. 1908.)

E. empfiehlt im Grundgliede gebrochene Finger in der Fauststellung an den gesunden Nachbarn zu fixiren. Der Finger ist dann leicht distendirt, die Bruchstücke stehen gut zu einander, die als Schienen wirkenden Nachbarfinger werden nicht zu viel geführt u. s. w.

Dippe.

685. **Principielles über Begriff, Aetiologie und Therapie der Coxa vara;** von Dr. F. Kempf. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 3. 1908.)

Unter *Coxa vara* ist ausschliesslich eine Erkrankung zu verstehen, der anatomisch eine Verlagerung der Epiphyse zur Diaphyse des Femur, mit der Wirkung einer Einrollung des unteren Schenkelhalsrandes zu Grunde liegt. Es giebt nur eine Coxa vara traumatica. Die Prognose der zu spät in Behandlung genommenen Coxa vara ist entschieden ungünstig, da in den vorgeschritteneren Fällen eine völlige Wiederherstellung ausgeschlossen ist. Eine zu früh aus der Behandlung entlassene Coxa vara verschlimmert sich meistens nachträglich ganz erheblich. Die Behandlung der Coxa vara soll streng conservativ sein; sie soll ferner so früh wie möglich einsetzen und so lange wie möglich durchgeführt werden. Die Diagnose der Coxa vara ist, von seltenen Ausnahmen abgesehen, leicht. Von vornherein ist jede Hüfterkrankung

am Ende der Wachsthumsperiode auf Coxa vara traumatica dringend verdächtig.

P. Wagner (Leipzig).

686. **Allmähliches Entstehen einer Luxatio femoris centralis;** von Dr. H. Schloffer. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIV. 2. 1907.)

In der Literatur finden sich bisher ca. 40 Fälle von *Lux. femoris centralis.* Allen bisher beobachteten Fällen ist Eines gemeinsam, dass die Dislokation des Schenkelkopfes schon gleich nach der Verletzung in ihrer ganzen Schwere angetroffen wurde, vorausgesetzt, dass zu dieser Zeit überhaupt eine genaue Untersuchung des Kranken vorgenommen wurde. Schl. theilt nun einen Fall mit, in dem auf Grund einer stattgehabten Beckenfraktur ein allmähliches Entstehen der Lux. femoris centralis sicher festgestellt werden konnte.

Der 63jähr. Kr., der von einem schweren Baumstamme in die rechte Hüftgegend getroffen worden war, kam am 11. Tage nach der Verletzung in die Klinik; die Untersuchung ergab nur eine Beckenfraktur ohne nennenswerthe Dislokation; keine Dislokation des Schenkelkopfes; keine Verkürzung des Beines. Nach 6 Wochen aber zeigte sich eine Verkürzung von 3cm, Hochstand und Eingesunkensein des Trochanters. Das Röntgenbild ergab nun eine ausgesprochene Lux. femoris centralis; der Schenkelkopf stand mit dem grössten Theile seines Umfanges im Becken, augenscheinlich in Folge des Muskelzuges, der normaler Weise den Schenkelkopf in die Pfanne drückt.

P. Wagner (Leipzig).

687. **Zur Frage der Luxatio centralis femoris;** von Dr. A. Wörner. (Beitr. z. klin. Chir. LVI. 1. 1907.)

W. hat 1905 den ersten Fall von *isolirtem Bruch der Hüftgelenkpfanne mit Eintreten des Femurkopfes in das Becken* beobachtet und seitdem noch weitere 3 Fälle gesehen, die genau mitgetheilt werden. Sämmtliche Beobachtungen sind durch gute Röntgenbilder gestützt; ausserdem in einem Falle auch durch den pathologisch-anatomischen Befund.

Nach der Ansicht W.'s giebt es eine isolirte Fraktur des Bodens der Hüftgelenkpfanne mit Durchtreten des Femurkopfes in das Becken, die durch eine einzige Gewalteinwirkung, meist Fall, auf die verletzte Hüfte, entsteht und der sogenannten Luxatio centralis femoris der Lehrbücher entspricht. Die Verletzung ist bis jetzt sehr selten *sicher* nachgewiesen; doch werden sich die Fälle bald vermehren, da die Röntgenuntersuchung die Diagnose am Lebenden allein einwandfrei ermöglicht. Das Krankheitbild ist als isolirte Pfannenfraktur aufrecht zu erhalten, auch wenn bis jetzt kein Fall bekannt ist, in dem die Bruchlinien nicht über den engeren Bereich der Pfanne ausgestrahlt wären. So lange der Gegenbeweis nicht erbracht ist, hält W. ein glattes Durchtreten des Femurkopfes durch ein Loch in der Pfanne ohne diese Ausstrahlungen der Bruchlinien für unmöglich.

P. Wagner (Leipzig).

688. **Klinischer und anatomischer Beitrag zur Kenntniss der doppelseitigen Quadricepssehnenruptur hart am oberen Rande der Patella;** von Dr. R. Hacker. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 45. 1907.)

In den seltenen Fällen von Zerreissung der Quadricepssehne ist die Ruptur meist gleichzeitig an beiden Beinen eingetreten, während bei einem kleinen Theil die Zerreissung auf der anderen Seite meist erst nach mehreren Jahren erfolgte. H. berichtet aus der Greifswalder chirurg. Klinik über einen Fall, in dem die Ruptur der beiderseitigen Sehnen kurz hintereinander erfolgte.

H. hat aus der Literatur noch 19 Fälle von *doppelseitiger Quadricepssehnenzerreissung* zusammengestellt. Die häufigste Lokalisation der Sehnenzerreissung ist hart am oberen Rande der Patella. In der Mehrzahl der in der Literatur beschriebenen Fälle war ein pathologischer Zustand des Extensionapparates nicht nachzuweisen. H. möchte sich der Ansicht von Walz anschliessen, wonach für die Lokalisation der Zerreissung im Kniestreckapparat in erster Linie bestimmend ist der im Moment der Muskelcontraktion bestehende Grad der Beugung im Kniegelenk. Dass krankhafte Veränderungen an der Sehne, wie sie in einigen Fällen zufällig angetroffen wurden, eine Zerreissung an dieser Stelle begünstigen, ist ohne Weiteres zuzugeben.

P. Wagner (Leipzig).

689. **Die normale Anatomie des Kniegelenkes im Röntgenbild nach Aufblasung der Gelenkkapsel;** von Wollenberg in Berlin. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 1 u. 2. 1907.)

An der Leiche wurden die Kniegelenke mit Leim aufgebläht und die Präparate nach geeigneter Härtung in frontale und sagittale Schnitte zerlegt. Das sorgfältige Studium der letzteren ergab, dass eben so wenig die anscheinend starke Verschiebung des lateralen Meniscus, wie dessen freies Schweben im Gelenkspalt beweisend für eine Abreissung sind. Es ist demnach ausserordentlich schwer, selbst im Röntgenbild des mit Sauerstoff gefüllten Gelenkes die Meniscusverletzung festzustellen.

Vulpius (Heidelberg).

690. **Ueber einen Fall von angeborenem Genu valgum;** von Dr. J. Menšik. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 3. 1908.)

Fälle von *angeborenem Genu valgum* sind von Küstner und von Rozkoschny beschrieben worden. Eine neue Beobachtung theilt M. aus der Wölfler'schen Klinik mit. Bei dem jetzt 19jähr. Kr. müssen Genu valgum rhachiticum und adolescentium ausgeschlossen werden. Es handelt sich um ein echtes Genu valgum congenitum der linken Seite. Als Aetiologie glaubt M. hierfür im Sinne Küstner's eine langdauernde intrauterine Belastung des befallenen Gliedes im Sinne der Ueberstreckung im Kniegelenk annehmen zu müssen. P. Wagner (Leipzig).

691. **Ueber traumatische Knorpelrisse im Kniegelenke;** von Dr. K. Büdinger. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Knorpelrisse gehören zu den häufigsten traumatischen Verletzungen des Kniegelenkes. Ihr Lieblingsitz ist an der Patella, demnächst an den Kuppen der Femurcondylen. Sie entstehen entweder durch Berstung, insbesondere über subchondralen Hämatomen oder durch seitliche Verschiebung des Knorpelüberzuges. Von ihnen sind zu trennen: direkte Verletzungen des Knorpels durch benachbarte Frakturen und sekundäre Aufrauhungen des Knorpels. Zahlreiche Knorpelrisse heilen im klinischen Sinne von selbst. Funktionstörungen des Gelenkes entstehen, wenn sich Knorpellappen aufstellen, wenn die Spalten weiter einreissen, wenn sich in der Umgebung eine Chondritis entwickelt oder wenn sich Theile des Gelenküberzuges lösen. Die *klinische Diagnose* ist meist unmöglich. Die *Therapie* kann sich daher nur nach den Gesichtspunkten richten, die für die Gonitis traumatica gelten, d. h. zunächst abwarten, nur unter bestimmten Indikationen Arthrotomie. Die operative Behandlung der Risse besteht in gründlicher Entfernung der erkrankten Knorpelpartien. Sie erfordert die ausgedehnteste Besichtigung der Gelenkflächen; diese wird am besten durch einen dem v. Langenbeck'schen Resektionschnitt ähnlichen Bogenschnitt mit Aufklappung der Patella erreicht. P. Wagner (Leipzig).

692. **Beitrag zur Entstehung und Behandlung der Meniscusverletzungen im Kniegelenk;** von Dr. M. Katzenstein. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 5. 1908.)

Mittheilung von 7 Fällen von Meniscusverletzungen des Kniegelenkes. Eine Meniscusverletzung entsteht, wenn auf den fixirten Knorpel eine grössere Kraft in senkrechter oder horizontaler Richtung einwirkt. In Folge seiner anatomischen Beschaffenheit ist in $^2/_3$ der Fälle der mediale Meniscus befallen. Die Verletzung betrifft entweder die Verbindungsfasern des Moniscus an seiner Unterfläche oder auch seine Substanz. Die Diagnose ist aus der Gesammtheit der charakteristischen Merkmale zu stellen. An Stelle der bisher in Deutschland in allen bekannt gewordenen Fällen ausgeführten Resoktion des Meniscus, die fast nie zu veller Heilung führt, ist die Fixirung des Meniscus an die Tibia durch Naht zu empfehlen, da sie ideale Heilresultate ergiebt. P. Wagner (Leipzig).

693. **Eine neue Operationsmethode zur Heilung veralteter Kniescheibenbrüche;** von Prof. J. Rotter. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 17. 1908.)

R. benutzt zur operativen Behandlung der veralteten Patellafraktur mit grösserer Distanz der Fragmente einen streifenförmigen Lappen aus der Aponeurose des M. quadriceps, dessen Spitze oben, dessen Basis unten am oberen Patellafragment liegt. Dieser Lappen wird so heruntergeklappt, dass er mit seiner Vorderseite auf die Fragmente und das Lig. patellare proprium zu liegen kommt, mit denen er durch eine grössere Anzahl Catgutknopfnähte genau vereinigt wird. So werden die Contraktionen des Quadriceps auf das untere Patellafragment übertragen und der Streckapparat des Kniegelenks wieder hergestellt.
P. Wagner (Leipzig).

694. **Patellasarkom;** von Dr. A. Morávek. (Časopis lékařu českých. p. 1003. 1907.)

Bei einem 30jähr. Manne wurde ein Riesenzellensarkom, das nur auf die Patella und deren nächste Umgebung beschränkt war, durch Exstirpation der Patella beseitigt, der Defekt in der Gelenkkapsel durch einen Lappen aus dem M. vastus internus gedeckt. Nach erfolgter Heilung konnte der Pat. gut gehen und stehen, die Extension war normal, die Flexion nur wenig behindert. Nach 1 Jahre war noch kein Recidiv vorhanden.
G. Mühlstein (Prag).

695. **Le progrès de la chirurgie moderne jugé par une statistique de résection du genou;** par Lucas-Championnière, Paris. (Acad. des Sciences, Séance du Avril 21. 1908.)

Unter Anwendung der Lister'schen Methode und ohne jegliche aseptische Maassnahmen, hat L.-Ch. in den Jahren 1880—1907 136 Resektionen des Kniegelenkes vorgenommen und nur einen einzigen Todesfall, bei einem Alkoholiker, der 36 Stunden nach dem Eingriffe an Delirium tremens zu Grunde ging, zu beklagen gehabt. Sekundäre Eiterungen waren nur in jenen Fällen zu beobachten, in denen es unmöglich war, den ganzen tuberkulösen Herd zu entfernen. E. Toff (Braila).

696. **Ueber die blutige Behandlung hochgradiger Kniegelenksverkrümmungen;** von Werndorff. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 1 u. 2. 1907.)

Leichte Contrakturen lassen sich mit dem Etappenredressement nach vorausgeschickter Flexorentenotomie corrigiren. Ist die Contraktur eine starre, so ist ein blutiger Eingriff vorzuziehen. Beträgt der Winkel weniger als 90°, so wird die extraartikuläre Operation bevorzugt in Form einer doppelten Ostcotomie an Femur und Tibia. Erreicht oder überschreitet die Contraktur 90°, dann ist eine ausgiebige Keilresektion verzuziehen, dio jede Spannung bei der Geraderichtung verhütet.
Vulpius (Heidelberg).

697. **Eine neue Methode der Amputatio cruris osteoplastica;** von Dr. F. L. Dument. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Auf Grund von 5 genauer mitgeteilten Beobachtungen empfiehlt D. die Haffter'sche Modifikation der osteoplastischen Unterschenkelamputation, die die technisch oft nicht unbedeutenden Schwierigkeiten des Bier'schen Verfahrens dadurch umgeht, dass der Fibulastumpf die Sägeflächen der beiden Diaphysen deckt.

Die *osteoplastische Unterschenkelamputation mit Haffter's Modifikation* ist überall da geboten: „1) wo eine reine Indikation zur osteoplastischen Amputatien besteht; 2) auch da, wo eine osteoplastische Amputation nach Bier als zu schwierig galt, weil durch die Methode Haffter's es einem jeden gegeben ist, sie technisch tadellos auszuführen, und weil sie einen viel sicherer tragfähigeu Stumpf garantirt, als sogar die aperiostale Methode; 3) end-

lich wird man in Zukunft die Exarticulatio pedis, wenn nicht ein Pirogoff gemacht werden kann, wohl immer mit Vorteil durch die Hafftter'sche Modifikation, im unteren Drittel angewendet, ersetzen."

P. Wagner (Leipzig).

698. **Zur Frage der ausgedehnten Resektionen am Tarsus und Metatarsus;** von Dr. Budde. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXX. 4—6. 1907.)

Die ausgedehnten Resektionen am Tarsus und Metatarsus haben ihre mannigfachen Vortheile und sind gegebenenfalls fast stets Amputationen im Tarsus oder Metatarsus vorzuziehen. Sie ergeben ein „erfolgreiches", d. h. ein der Amputation überlegenes Resultat in 65% der Fälle, bei einer Mortalität von 13—14%. Die Hauptindikation für die Resektionen giebt die Tuberkulose der Tarsal- und der Metatarsalknochen. Die besten Resultate giebt die Resektion im jugendlichen Alter, d. h. bei Kranken unter 25 Jahren, bei denen ein der Amputation überlegenes Resultat in 77.3% mit einer Mortalität von 9.1% erzielt wurde. Zahl und Anordnung der resecirten Knochen sind für den Erfolg vollkommen gleichgültig. Will man einigermassen mit Sicherheit auf einen guten Erfolg rechnen, so muss man darauf bedacht sein, mindestens 2 Stützpunkte des Fusses zu erhalten. Die Ansicht Borchardt's, dass eine Amputation sämmtlicher Metatarsi der Resektion der 3 inneren vorzuziehen sei, ist nicht aufrecht zu erhalten. Man darf vielmehr ruhig die 3 inneren Metatarsi resecciren und erhält einen funktionell und kosmetisch tadellosen Fuss.

P. Wagner (Leipzig).

699. **Ein Fall von Luxatio pedis sub talo nach hinten;** von Dr. A. Richarz. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Der Fall, der einen 21jähr. Maurer betraf, war eine reine Luxation ohne gleichzeitige Fraktur, wie die in frontaler und dorsoplantarer Richtung aufgenommenen Röntgenbilder bewiesen. Die Reposition glückte leicht in Narkose durch forcirte Plantaflexion (zur Lösung der Verhakung), mit darauffolgendem kräftigen Zuge nach vorn und starker Dorsalflexion. *Heilung* mit normaler Funktion.

P. Wagner (Leipzig).

700. **Luxatio sub talo nach hinten und aussen mit Subluxation des Cuboids;** von Dr. Roith. (Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 2. 1908.

Bisher sind 4 einwandfreie Fälle von Luxationen im Chopart'schen Gelenk beschrieben. Eine neue Beobachtung theilt R. aus der Heidelberger chirurg. Klinik mit. Die Röntgendiagnose lautete: Luxatio pedis sub talo nach hinten und aussen, Subluxation des Cuboid gegen den Calcaneus nach unten. P. Wagner (Leipzig).

701. **Ueber Subluxationsfrakturen des Os naviculare pedis;** von Dr. O. Nippold. (Arch. f. physikal. Med. u. med. Technik III. 1. 1908.)

Im Anschluss an 2 eigene Beobachtungen von *Luxationsfraktur des Os naviculare pedis* hat N. noch 40 Fälle aus der Literatur zusammenstellen können. Jedenfalls kann die Behauptung, dass diese Verletzungen der Fusswurzelknochen als äusserst selten anzusehen seien, nicht mehr aufrecht erhalten werden. N. hält diese Verletzung gerade für besonders typisch für unsere arbeitende Bevölkerung.

P. Wagner (Leipzig).

702. **Ueber eine doppelseitige isolirte Luxation des I. Metatarsus;** von Dr. A. Stieda. (Berl. med. Wchnschr. XLV. 10. 1908.)

Gehören isolirte Luxationen des I. Metatarsus schon an sich zu den nicht häufigen Verletzungen, so ist der von St. beobachtete Fall von *doppelseitiger isolirter Luxation des I. Metatarsus* ein Unicum. Der Unfall entstand dadurch, dass der Kr. von einer Welle heruntergeschleudert wurde und dabei mehrfach mit den Füssen an eine Leiter anstiess. Am *linken Fusse* bestand eine isolirte mediale Luxation des I. Metatarsus; am *rechten Fusse* eine isolirte dorsolaterale Luxation des I. Metatarsus. Gleichzeitig war aber hier auch der II. Metatarsus aus seiner Verbindung mit dem II. Cuneiforme gelöst und die Verletzung mit einer Knochenabsprengung complicirt.

P. Wagner (Leipzig).

703. **Ein Fall von Fractura ossis navicularis pedis;** von Landwehr in Köln. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 3 u. 4. 1907.)

Der Bruchspalt im Kahnbein, durch Fall von der Treppe erzeugt, wurde im Röntgenbild festgestellt. Behandlung im Gipsverband, Massage, Plattfusseinlage. Trotzdem Entwicklung eines schweren Pes valgus contractus, der nach 4 Monaten mit Aushöhlung des Kahnbeins und Redressement behandelt wurde.

Vulpius (Heidelberg).

704. **Ueber den sogenannten Calcaneussporn;** von Haglund in Stockholm. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 3 u. 4. 1907.)

An der Unterfläche des Calcaneus findet sich im Röntgenbild nicht selten bei älteren Leuten, die über Schmerzen beim Auftreten klagen, eine Exostose. Sie kommt aber auch vor, ohne Beschwerden zu erzeugen und scheint solche nur zu machen, wenn sie verletzt wird, z. B. abbricht.

Der Sporn findet sich namentlich bei Individuen mit chronisch arthritischen Erscheinungen.

Vulpius (Heidelberg).

705. **Ueber die plantare Exostose des Fersenbeines;** von Lehr in Dresden. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 3 u. 4. 1907.)

Bei Fersenschmerz, der anscheinend mit einer plantaren Exostose des Calcaneus zusammenhängt, findet man gewöhnlich Symptome von Plattfuss. Ja es kann manchmal der Fersenschmerz ein reines Plattfusssymptom sein, das Röntgenbild zeigt das Fehlen eines plantaren Knochenfortsatzes.

Vielleicht ist die Vergrösserung des normalen Processus plantaris calcanei eine Folge beginnender Plattfussbildung, indem der Zug der gedehnten Sohlenmuskeln und Bänder einen knochenbildenden Reiz an ihrer Insertion ausübt. Oder der Processus erzeugt erst Schmerzen, wenn der Calcaneus in Folge der Plattfussbildung eine pathologische Stellung eingenommen hat. Eine gut angepasste Plattfusseinlage vermag meist die Beschwerden zu beseitigen. Vulpius (Heidelberg).

706. **Ueber Behandlung der Blennorrhoea neonatorum mit Rinderserum;** von Dr. W. Gilbert in München. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 30. 1908.)

Das Rinderserum hat sich auch hier sehr gut bewährt. Trotzdem räth G. sich nicht gar zu sehr darauf zu verlassen, sondern die bisher übliche Behandlung anzuwenden, daneben aber zweistündlich mit Serum (auf Eis bleibt es 24 Stunden wirksam) zu spülen. Dippe.

707. **Zur Frage über die Heilung des Trachoms durch Becquerelstrahlen (Radium);** von Dr. Selenkowsky. (Arch. f. Augenhkde. LX. 1. p. 63. 1908.)

S. bespricht die Wirkung des Radium bei 44 Trachomkranken, von denen er selbst 25 behandelte. Er schreibt dem Mittel bei richtiger Anwendung Heileigenschaften zu, die den sonstigen Maassnahmen mindestens gleichkommen, in mancher Hinsicht sogar überlegen sind. In 32 Fällen wurde ein vergleichendes Behandlungsverfahren eingeschlagen. Die Radiumbestrahlung erforderte in allen diesen Fällen bei Weitem weniger Zeit als die sonst übliche. Sehr günstig wirkt das Radium auf das Schwinden der Körner. Ein besonderer Vorzug ist seine schmerzstillende Eigenschaft. Deshalb ist das Radium gerade bei Kindern, ängstlichen und empfindlichen Kranken angebracht. Die von S.'s guten Erfolgen abweichenden ungünstigen Ergebnisse anderer Forscher lassen sich in der Mehrzahl der Fälle erklären. „1) durch die Unvollkommenheit der Anwendungsmethode (bei genügender Quantität des Radiums), 2) durch die ungenügende Quantität (z. B. 2 mg), 3) durch die geringe Radioaktivität des Präparates." Die Radiumbestrahlung auf den Augapfel selbst verbietet sich, nachdem von anderer Seite schädliche Wirkungen festgestellt sind. Die Anwendung von 10 mg Radiumbromid auf die umgestülpten Lider ist gefahrlos. Die wöchentlich 1—2mal anzustrebenden Bestrahlungen sollen 5—10 Min. währen. Bergemann (Husum).

708. **L'emploi thérapeutique des injections sous-conjonctivales d'air;** par le Dr. Chesnoau. (Ann. d'Oculist. CXXXIX. p. 362. Mai 1908.)

Ch. rühmt die günstige Heilwirkung der Einspritzung von heisser Luft unter die Bindehaut bei verschiedenen Erkrankungen des vorderen Augapfelabschnittes. Besonders auffallend sind der schmerzstillende Einfluss und das schnelle Zurückgehen der entzündlichen Reizerscheinungen; bei Regenbogenhautentzündung auch die schnelle Aufsaugung der Ausschwitzungen. Die besten Erfolge wurden beobachtet bei geschwürigen und pannösen Hornhautveränderungen, sowohl bei Scrofulose wie bei Trachom; ebenso schwanden Infiltrate und Gefässbändchen schneller als bei anderen Maassnahmen. Ueble Nebenwirkungen hat Ch. niemals beobachtet. Bergemann (Husum).

709. **On so-called rheumatic iritis;** by C. Higgens. (Lancet April 25. 1908.)

H. macht darauf aufmerksam, dass bei gar nicht wenigen Regenbogenhautentzündungen, für die eine rheumatische Grundlage angenommen wird, nach genauer Allgemeinuntersuchung verschleppte Gonorrhöe als wahre Ursache festgestellt werden kann. Die Erkrankung pflegt trotz aller möglichen örtlichen und allgemeinen Maassnahmen sehr schwer zu verlaufen. Bergemann (Husum).

710. **Nouveau traitement du glaucome chronique simple. Iridectomie et sclérotomie combinées;** par M. F. Lagrange. (Ann. d'Oculist. CXXXVII. 2. 1907.)

L. berichtet über 5 neue Kranke mit allerdings nicht ein ganzes Jahr langer Beobachtungsdauer, bei denen er gegen das Glaukom die Iridektomie zugleich mit Sklerotomie ausgeführt hat. Er stellte ebenso wie in 15 anderen 1906 veröffentlichten Fällen ungleich bessere Ergebnisse für die Sehschärfe und das Gesichtfeld fest als nach irgend einem anderen Verfahren. L. erstrebt eine Verbesserung der intraocularen Flüssigkeitabführung in dem subconjunctivalen Lymphraume durch folgendes Vorgehen.

Er legt mit dem Schmalmesser 1 mm vom Limbus in der Sklera einen 2—3 mm hohen Schnitt mit breitem Bindehautlappen an, dann schneidet er mit einer kräftigen krummen Scheere den Scheitel des Hornhaut-Lederhautsegmentes mit Schonung der Bindehaut ab und wie bei der gewöhnlichen Iridektomie das zugehörige Stück Regenbogenhaut bis zur Pupille aus. Der Bindehautlappen wird dann auf die freigelegte Stelle zurückgelegt. Ueble Zufälle während und nach der Operation fanden nicht statt. Bergemann (Husum).

711. **Iridencleisis antiglaucomatosa;** par le Dr. Holth. (Ann. d'Oculist. CXXXVII. p. 345. 1907.)

H. berichtet über eine neue Glaukomoperation, Irideneleisis, die er in den letzten Jahren 11mal bei Glauc. absolutum, 27mal bei Glauc. chronicum, je 1mal bei Glauc. subacut. und bei chronischer Uveitis mit Drucksteigerung mit günstigem Erfolge ausgeführt hat. H. hatte wiederholt bei eigenen und von Anderen Operirten festgestellt, dass unbeabsichtigte Iriseinklemmung in den Schnitt den erhöhten Binnendruck bei Glaukom dauernd beseitigte und das Auge gebrauchfähig erhielt, während das „korrekt" operirte andere Auge ohne Iriseinklemmung an glaukomatöser Drucksteigerung erblindete. H. sieht die Ursache der günstigen Wirkung in der Ausbildung eines Fistelganges durch die Augapfelhülle, den er mit seiner Irideneleisis grundsätzlich herzustellen erstrebt. Zur Vermeidung der bekannten Ansteckungsgefahr, die ungenügend überhäuteten Irisvorfällen anhaftet, bewirkt H. die Iriseinklemmung unterhalb der Bindehaut,

indem er 8—10 mm vom Limbus eine Bindehautöffnung anlegt und dann subconjunctival in die vordere Kammer einsticht. Er führt die Regenbogenhautausschneidnng nur selten bis zur Pupille aus, meist nur peripherisch, und lagert nicht den ganzen Irislappen zwischen die Schnittflächen im Limbus, sondern nur ein kurzes Stück von beiden Seiten des Coloboms an der Iriswurzel. Für das genauere Verständniss der lehrreichen Ausführungen empfiehlt sich das Studium der Abhandlung, die an vielen Abbildungen auch den Entwickelungsgang veranschaulicht, der H. mit seinem Verfahren zu seinem jetzigen Standpunkte geführt hat.

Bergemann (Husum).

712. **Die Cyklodialyse und ihr Einfluss auf die intraoculare Drucksteigerung;** von Dr. Meller. (Arch. f. Augenhkde. LXVII. 3. 1908.)

M. hat in der Fuchs'schen Klinik an 42 Augen wegen Drucksteigerung die Heine'sche Cyklodialyse ausgeführt. Die meisten Krankengeschichten sind mit kritischen Erläuterungen ausgestattet. M. wandte das Verfahren an bei Glaucoma acutum, Gl. inflammatorium chronicum, Gl. absolutum, Hydrophthalmus und Sekundärglaukom. Die Folgerungen, die er aus seinen mit grosser Sorgfalt angestellten Beobachtungen zieht, sind in mancher Hinsicht beachtenswerth. M. weist darauf hin, dass der Eingriff doch durch mancherlei Störungen erschwert werden kann. „Die Ablösung der Descemet'schen Membran scheint eine der häufigsten Complikationen dieser Operation zu sein.“ .. „Am besten dürfte sich dieser Zwischenfall, der übrigens keine klinischen Nachtheile hat, dadurch vermeiden lassen, dass man das Spatelende etwas zuschärft, so dass es das Balkenwerk schon bei leiser Berührung durchschneidet, und nicht in Folge seiner Stumpfheit das Ligamentum pectinatum vorschiebt und die Membran ablöst.“ Ein Widerstand kann auch „fühlbar werden, wenn der Spatel an den Ansatz der Ciliarmuskelfasern am Skleralsporn anlangt. . . . Eine leichte Neigung des Spatels in dem Sinne, dass das Spatelende mehr gegen die Iris zu gerichtet wird, lässt den Widerstand sofort verschwinden“. Verletzungen des Schlemm'schen Kanales sind kaum zu befürchten; gelegentliche Blutungen können allerdings vorkommen, wenn die die innere Wand des Kanales bildenden Fasern des Ligamentum pect. von ihrem Hornhautansatze abgerissen werden. Unvorsichtige Durchschneidungen der Uvea und ihre unbeabsichtigte Durchbohrung mit dem Spatel haben keine üblen Folgen. Die erstrebte Herabsetzung der Drucksteigerung entwickelt sich erst nach 1—3 Tagen. Die beste Wirkung sah M. bei noch sehenden Glaukomaugen und bei Sekundärglaukom mit vordorer Synechie nach Verletzungen oder Geschwüren, während der Eingriff stets versagte bei Sekundärglaukom mit Seclusio pupillae und oft bei absolutem Glaukom. Die eigentliche Anzeige für die Cyklodialyse ist gegeben bei solchen Augen, bei denen die Iridektomie nicht nur ein sehr schwieriger, sondern auch ein gefährlicher Eingriff ist. „Das sind erstens Fälle von sehr hochgradiger Drucksteigerung und zweitens Fälle von weit vorgeschrittenem, bez. absolutem Glaukom.“ . . . „Die Operation ist ferner sehr empfehlenswerth bei alten gebrechlichen, hustenden, unruhigen Leuten.“ Wie die günstige Wirkung der Cyklodialyse zu Stande kommt, ist vorläufig noch eben so unklar wie bei der Iridektomie. In einer Aderhautablösung beruht sie jedenfalls nicht. M. wiederlegt eingehend die verurtheilenden Behauptungen, die Kraus auf Grund von Thierversuchen (Ztschr. f. Augenhkde. April 1907) gegen die Cyklodialyse aufgestellt hat. Wenn sie auch nicht auf jeden Fall der Iridektomie gleichwerthig oder gar überlegen ist, so bietet sie doch eine Waffe, „die im richtigen Moment geführt, gerade in jenen Fällen sich bewährt, wo alles Andere im Stiche lässt“.

Bergemann (Husum).

713. **Druck-Excavation und Sehnerven-Atrophie;** von Prof. H. Schmidt-Rimpler. (Arch. f. Augenhkde. LIX. 1. p. 1. 1908.)

Schm.-R. setzt auseinander, dass die in Frage stehenden Verhältnisse verwickelter sind, als vielfach angenommen wird. Er führt aus seinem eigenen grossen Beobachtungstoffe und den Befunden Anderer Beispiele dafür an, dass steilwandige Sehnervenkopfaushöhlung vorkommen kann, ohne dass je Glaukomzeichen und -folgen sich äussern. Ebenso dass bei primärer Sehnervenatrophie die steilwandige Excavation eintreten, oder auch in Begleitung von erhöhtem Binnendrucke ohne entzündliches Glaukom sich dazu gesellen kann. So finden vielleicht auch die Znstände eine Erklärung, die trotz der durch Glaukomoperationen geschaffenen Druckherabsetznng zur Erblindung führen, indem eben die descendirende Sehnervenerkrankung ihren Weg weiter geht. Es giebt demnach keine für Glaukom unbedingt „typische Druck-Excavation“. Zu verwerfen ist die Lehre, „dass die glaukomatöse Excavation auf einem specifischen und histologisch eigenartigen Process im Papillen- und Opticusgewobe, der Schnabel'schon „cavernösen Atrophie“ beruhe, die sich, wie Schm.-R. annimmt, „ohne Beeinflussung durch die Steigerung des intraocularen Druckes ausbilde“. Unhaltbar ist auch die Auffassnng, dass eine bei Sehnervenatrophie auftretende Excavation *immer* muldenförmig sein müsse. Schm.-R. hat verschiedentlich beobachtet, dass bei Sehnervenatrophie zuerst „die physiologische Excavation sich bis zum Rande der Papille an der temporalen Seite ausdehnte, später aber auch die schmale nasale Randsichel immer mehr abblasste und sich senkte, so dass die Gefässe deutliche Randknickung zeigten, wie die parallaktische Verschiebung und ihre verschiedene Füllung zeigte“.

Bergemann (Husum).

714. **Cécités momentanées recidivantes; observations;** par le Dr. Jacqueau. (Lyon méd. CVIII. 13. p. 901. 1907.)

J. hatte Gelegenheit, 4 Kranke mit wiederkehrender, plötzlicher Erblindung von kurzer Dauer zu beobachten. Zum Theil erstrecken sich die Beobachtungen über einen Zeitraum von vielen Jahren. Er konnte sowohl Hysterie, Epilepsie, wie cerebrale Erkrankungen und Kreislaufstörungen als Ursachen ausschliessen. Es handelte sich seiner Ueberzeugung nach um eine Art der Augenmigräne. Während man aber bisher meist annahm, dass die Augenmigräne in einer Erkrankung der peripherischen Gefässnerven bestehe, konnte J. durch den Spiegelbefund im aufrechten Bilde während des ganzen Anfalles keine Veränderung in den Netzhautgefässen feststellen. Die Pupillarreaktion blieb erhalten. Die Ursache der plötzlichen Erblindungen sei also noch unbekannt und nicht immer mit der durch vasomotorische Störungen bedingten Augenmigräne identisch.

F. Scheeler (Berlin).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

715. **Betrachtungen über Wohnungsdesinfektion mittels Formaldehyddämpfen, unter Berücksichtigung des Autanverfahrens;** von Dr. Ernst Anders. (Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 13. 1908.)

Der Flügge'sche Apparat ist zur Zeit das Beste. Das Autanverfahren ist für grössere Gemeinden schon seines hohen Preises wegen bedenklich. Für kleinere Orte, einzelngelegene Häuser kann man es gelten lassen. Dippe.

716. **Ueber ein neues Desinfektionsverfahren mit Formalin auf kaltem Wege;** von R. Doerr und H. Raubitschek. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 1. 2. p. 77. 179. 1907.)

Evans und Russel (Hyg. général. et appliq. April 1907) haben ein sehr einfaches Desinfektionverfahren angegeben, das darauf beruht, dass beim Uebergiessen von Kaliumpermanganat mit der doppelten Menge käuflichen Formalins eine stürmische Entwickelung von wasserhaltigen Formalindämpfen entsteht. Die Nachprüfung von D. u. R. ergab, dass das Verfahren, jedoch nach einiger Modifikation [2 kg $KMNO_4$ (K. hyperm. *crystallisatum)* + 2 Liter Formalin + 2 Liter Wasser pro 100 ccm] sehr gute Resultate liefert, dem Autan überlegen, den Apparatverfahren gleichwerthig und verhältnissmässig billig ist. Walz (Stuttgart).

717. **Versuche über Entwickelungshemmung von „säurefesten" Mikroorganismen und von Staphylokokken durch Formaldehydgas im Reagenzglas;** von E. Anders. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 7. p. 667. 1907.)

A. fand, dass die Gruppe der säurefesten Bacillen, speciell der Tuberkelbacillus, gegen verdünnte Formaldehydlösungen weniger empfindlich ist, als andere Bakterienarten. Durch Formaldehyddämpfe wird erst bei stärkerer Concentration und längerer Dauer Entwickelungshemmung und Abtödtung hervorgerufen, was in der Desinfektionspraxis zu beachten ist. Keinenfalls darf die Menge des Formaldehydgases und die Zeitdauer gegenüber den jetzt giltigen Vorschriften vermindert werden.

Walz (Stuttgart).

718. **Ueber die tödtende Wirkung des Aethylalkohols auf Bakterien und Hefen;** von E. Chr. Hansen. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 5. p. 466. 1907.)

Der Satz von Russ, dass Alkohol ohne oder fast ohne Wasserzusatz auf trockene Bakterien weder eine entwickelungshemmende, noch eine abtödtende Wirkung ausübe, gilt nach H. nur dann, wenn Bakterien und Hefen in dicken Schichten an Seidenfäden angetrocknet sind. An Platindrähte in dünner Schicht angetrocknet, unterlagen sie der Alkoholwirkung. Walz (Stuttgart).

719. **Action antiseptique du méthanal sec aux différentes températures sur les germes microbiens et en particulier sur les spores du „Bacillus subtilis";** par L. Perdrix. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 9. p. 701. 1907.)

P. empfiehlt zur Desinfektion von Gebrauchsgegenständen, insbesondere auch Büchern, trockenes Methanal. Die entwickelten Formaldehyddämpfe wirken um so rascher und stärker, je höher die Temperatur ist. Bei dem von P. construirten Apparate genügen einige Minuten zur Desinfektion von Büchern. Walz (Stuttgart).

720. **Ueber den Desinfektionswerth des Hygienols;** von Dr. Wolf. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 1. p. 78. 1908.)

Das von der chemischen Fabrik *Fahrenwald* in den Handel gebrachte Hygienol, das eine Verbindung von Kresol und schwefliger Säure darstellt, ist in 5proc. Lösung ein sehr brauchbares Desinfektionmittel. Es ist geruchlos, nicht zu theuer und giebt eine klare Lösung. Walz (Stuttgart).

B. Bücheranzeigen.

44. **Die Geschwülste des Nervensystems. Hirngeschwülste. Rückenmarks- und Wirbelgeschwülste. Geschwülste der peripheren Nerven;** von Prof. Dr. Ludwig Bruns. 2., gänzlich umgearbeitete Auflage. Berlin 1908. S. Karger. Gr. 8. XIV u. 480 S. mit 64 Abbild. im Text. (15 Mk.)

Die 1. Auflage der Bruns'schen *Geschwülste des Nervensystems* ist vor 10 Jahren erschienen und damals in den Jahrbüchern ausführlich besprochen worden. Wenn seitdem die Frage der chirurgischen Behandlung der Hirn- und Rückenmarksgeschwülste „nicht wieder von der Tagesordnung verschwunden ist", die Beschäftigung mit dieser Frage vielmehr über alles Erwarten zugenommen hat, so hat Br. durch sein Buch und seine übrigen Arbeiten hierzu sicher wesentlich beigetragen. Ein weiteres Verdienst von Br. ist es aber, der auf diesem Gebiete entstandenen Hochfluth von Arbeiten gegenüber einen streng kritischen Standpunkt vertreten zu haben. Diese kritische Behandlung des fast unübersehbar angewachsenen Stoffes ist ein Hauptvorzug des Br.'schen Buches, aus dem man deshalb einen zuverlässigen Ueberblick über den jetzigen Stand des ganzen Gebietes erhält. Von besonderem Interesse sind die Erörterungen Br.'s über die derzeitigen Anssichten der operativen Behandlung der Hirntumoren. Trotz der grossen Fortschritte in diagnostischer Beziehung und trotz der Ausdehnnng der chirurgischen Zuständigkeit auf das Kleinhirn und die hintere Schädelgrube haben sich die Erfolge der chirurgischen Therapie nicht wesentlich gebessert. Nach seiner eigenen ungewöhnlich grossen Erfahrung (Br. verfügt über 210 eigene Beobachtungen) kommen von den Tumoren mit sicherer Lokaldiagnose nur 37% für die Operation in Frage, während die übrigen chirurgisch nicht zugänglich sind. Eine Lokaldiagnose gestatten jedoch überhaupt höchstens 75% aller Hirntumoren, so dass von 100 Tumoren nur etwa 35 ihrem Sitze nach für die Operation übrig bleiben. Da die Erfolge nun weiter noch durch die besonderen Eigenschaften der Tumoren und durch die Gefahren der Operation selbst beeinträchtigt werden, muss man sich zur Zeit mit der Aussicht begnügen, dass in höchstens 3—4% Heilungen oder wesentliche Besserungen zu erreichen sind. Glücklicher Weise sind die Fortschritte auf dem Gobiete der Rückenmarkstumoren nicht nur in diagnostischer, sondern auch in therapeutischer Beziehung grösser gewesen. — Wenn Br. auch der Frage der chirurgischen Behandlnng die ihr gebührende besondere Beachtung schenkt, so sind doch die Fortschritte in allen anderen, die Hirngeschwülste berührenden Fragen in der neuen Auflage nicht zu kurz gekommen. Der Umfang des Buches ist gegenüber der 1. Auflage fast um ein Drittel gewachsen. Die Zahl der Abbildungen hat sich verdoppelt. Moritz (Leipzig).

45. **A study of the brains of 6 eminent scientifics and scholars belonging to the American anthropometric society;** by Edw. Anthony Spitzka. Together with a description of the skull of Prof. E. T. Cope. Transact. of the Amer. philosoph. Society XXI. 3. p. 777. Philadelphia 1907. Gr.-Qu. 135 pp.

Sp. beschreibt ganz eingehend die Hirnoberfläche von 6 berühmten amerikanischen Gelehrten, mit Zufügung (in Lebensgrösse) der einzelnen Hirnoberflächen in Abbildung. Die Nomenclatur ist die des Prof. Wilder. Was für uns aber noch wichtiger erscheint, ist der Umstand, dass Sp. alle bisher überhaupt bekannten Gehirngewichte der berühmten Leute einzeln aufzählt. Es geht aus Allem *mit fast unzweifelhafter Sicherheit hervor, dass einer der Faktoren der Intelligenz: die Gehirngrösse, der Reichthum und die Complicirtheit der Hirnwindungen darstellt.* Der Durchschnitt aller Gehirngewichte ist viel grösser, als sonst, was um so wichtiger ist, als ja sehr viele Träger darunter im hohen Alter verstorben sind. *Aber schon phylogenetisch zeigt sich die Bedeutung der Hirngrösse.* Mit der grösseren Entwickelung der Intelligenz geht die Grösse der Markmasse parallel und damit muss die der grauen Masse und ihr Windungsreichthum zunehmen. Das sieht man schon, wenn man z. B. ein Papua- und ein Europäergehirn vergleicht. Mit der grauen Masse muss auch im Allgemeinen die Zahl der Ganglien zunehmen [so wenig Sicheres wie z. B. über ihre Funktion, *Ref.*]. Die *Windungen sind also nicht gleichgültige Gebilde* und schon sind *Andeutungen von Rassenunterschieden* hier gegeben. Sp. zeigt nun Alles speciell an den 6 Gehirnen und macht besonders auf das Verhältniss der medialen Fläche des Stirnhirns zum Praecuneus und Cuneus aufmerksam, desgleichen — und wohl als Erster — auf *das mit der Zunahme der Intelligenz grösser werdende Corpus callosum.* Im Uebrigen hängt er, wie noch viele Anatomen und Psychiater, an der Flechsig'schen Eintheilung der Projektion- und Associationfelder.

Näcke (Hubertusburg).

46. **Zur Anatomie des Centralnervensystems von Elephas Indicus;** von Dexler. Aus der Festschrift des Neurologischen Instituts an der Wiener Universität. Wien 1907. 145 S. mit 39 Textfiguren u. 2 Tafeln.

D. hat in geradezu mustergültiger Weise als Erster das *gesammte* Centralnervensystem von einem jungen, stark abgemagerten weiblichen Elephanten makroskopisch untersucht. Ausgezeichnete Abbildungen und Tafeln illustriren das grobe Bild. Mit Recht warnt er vor vorzeitigen Homologisirungen der Windungsfurchen. „Oertliche Lage, Tiefe und Länge einer Furche sind nicht immer verlässliche Charakteristika, um derartige Bestimmungen vornehmen zu lassen. „Ja nicht einmal die fötale Entwickelungsfolge kann in allen Fällen als Differenzmerkmal anerkannt werden, weil am Thierhirn der Werdegang der transitorischen Furchen noch zu wenig studirt ist.“ Aus dem reichen Inhalte sei nur Folgendes kurz mitgetheilt. Das Gehirn war mächtig, das Rückenmark aber klein. Beide wogen herausgenommen (unausgeblutet) 2227 g, der Kadaver 240 kg, das Gehirn allein 2040 g, das Rückenmark also 187 g. Letzteres war lang, bis zum Os sacrum reichend. Der Cervikalabschnitt war gleichmässig breit; es bestand eine tiefe Fossa mediana dorsalis, die intracommissuralen Vorderstrangbündel und die Clarke'schen Säulen waren stark entwickelt. Das Grosshirn wog (nach kurzem Einlegen in Formol) 1544 g, das Kleinhirn 496 g. Beide verhielten sich (nach Abzug des Hirnstockes) circa wie $2^1/_2 : 1$. Die Hemisphären des Grosshirns waren vorn schmal. Die Schläfenlappen bedeckten einen grossen Theil des Riechhirns, das breit und kurz war. Das Kleinhirn war mächtig entwickelt, das Grosshirn darüber concav ausgehöhlt und die Seitenventrikel mit dem ganz schmalen Unterhorn lateral verlagert. Der Epithalamus war klein, die Schwanzkerne gross, ebenso Thalamus opticus und Ganglia geniculata; der Pons breit, dick, die Oliven sprangen stark vor, die Pyramiden nur rudimentär. Die Oberfläche war sehr stark gefurcht und stark asymmetrisch. Deutlich waren die Fossa Sylvii, die vordere und hintere Schläfenfurche, die Fissura corporis callosi und calloso-marginalis, wie auch rhinalis, dagegen gab es keine Fissura cruciata.

Näcke (Hubertusburg).

47. **Stoffwechselpsychosen.** *Die Störung des Sauerstoffgaswechsels im menschlichen Organismus;* von Dr. Walther Ewald in Frankfurt a. M. Würzburg 1907. A. Stuber's Verl. (Curt Kabitzsch). 8. 59 S. mit Holzschn. (1 Mk. 50 Pf.)

E. ist der Ansicht, dass „Anomalien des Sauerstoffwechsels im Organismus möglich sind, dass sie auf vielerlei Art entstehen können, und dass das äussere Ausdrucksbild Geisteskrankheiten sind“. Er hat deshalb Blutproben von Geisteskranken entnommen und untersucht (die Methode muss im Originale nachgesehen werden) und bisher Folgendes gefunden:

„Beim akuten und chronischen Alkoholismus findet man im Allgemeinen eine, zum Theil recht erhebliche, Abnahme der Alkalescenz. Ebenso ist die specifische Sauerstoffcapacität herabgesetzt, damit auch das Sauerstoffbedürfniss des Organismus. Das specifische Gewicht ist in der Regel normal, es steigt vielleicht beim Delirium tremens etwas an. Haben sich soviel Abbauprodukte im Blute gehäuft, dass es zur Auslösung epileptischer Anfälle kommt, so finden wir auf jeden Fall hohes specifisches Gewicht.“ Bei einem epileptischen Stupor wurde eine Verminderung der specifischen Sauerstoffcapacität um mehr als die Hälfte beobachtet. Die Paralyse ist nach E. „eine mit der Bildung von Stoffen verbundene Krankheit, welche die Blutalkalescenz sehr stark herabsetzen. Je nach dem psychischen Bilde ist die specifische Sauerstoffcapacität vermehrt oder vermindert, bei der expansiven Form erreicht sie enorme Werthe. Das specifische Gewicht ist normal, zeigt aber bisweilen Erhöhungen, die als Ansammlung von Abbauprodukten und Ursache der paralytischen Anfälle anzusehen sind“.

In einigen Fällen von funktionellen Psychosen endlich haben sich Abweichungen von der Norm gezeigt, „die mit der Natur der Erkrankung in Beziehung zu stehen scheinen“.

Man wird das Urtheil von chemischen Fachleuten abwarten müssen, ehe man über die Gangbarkeit des von E. beschrittenen Weges etwas aussagen kann.

Bumke (Freiburg i. B.).

48. **Nerven und Seele;** von Dr. Paul Kronthal. Jena 1908. Gustav Fischer. Gr. 8. 431 S. mit 139 Fig. im Text. (10 Mk.)

Ein Buch, bei dessen Lektüre man bedauert, dass Möbius es nicht mehr besprechen kann. Kr. hat in den letzten Jahren mehrfach das Schicksal gehabt, mit seinen Anschauungen den Beifall seiner Fachgenossen nicht zu finden; *Ref.* fürchtet, das jetzt vorliegende Werk wird dieses Schicksal theilen. Gewiss enthält es sehr vieles Richtige, aber das ist dann so sehr mit Falschem und Unklarem vermengt, dass man Mühe hat es wiederzuerkennen. Für den psychiatrischen Fachmann seien nur zwei Beispiele angeführt.

„Wenn z. B. ein Mensch sich in allen Dingen ebenso verhält, wie die übrigen Menschen ..... und sich abweichend von allen Menschen nur verhält z. B. in seiner Musik oder wenn die Elektricität oder der Mond oder sonst irgend etwas in Frage ist, nennen wir diesen Menschen partiell geisteskrank. Gelingt es einem solchen Menschen etwa im Laufe der Jahre viele oder womöglich alle Menschen zu seinen Ansichten zu überzeugen, so nennen wir ihn nicht mehr geisteskrank, denn nun reagirt er ja gar nicht mehr anomal gegen die anderen Menschen. Wer was absolut Neues sagt oder thut, wird leicht für verrückt gehalten.“ Leider befürchten noch immer viele Laien, das es so sei; aber dass das hier ernstlich in einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung behauptet wird,

Digitized by Google

das ist doch sehr zu bedauern. — Von der Korssakoff'schen Psychose meint Kr., die Hypothese, ihr liege eine Erkrankung der Hirnrinde zu Grunde, sei überflüssig, die multiple Störung in den peripherischen Nerven erkläre diese Seelenstörung vollkommen; da aber die centralen Bahnen, die die Fortsetzung der peripherischen bildeten, wahrscheinlich bei langer Erkrankung der peripherischen ebenfalls verändert würden, so gehe die Korssakoff'sche Psychose oft in progressive Paralyse über.

Bumke (Freiburg i. Br.).

49. **Das Freud'sche Ideogenitätsmoment und seine Bedeutung im manisch-depressiven Irresein Kraepelin's;** von O. Gross. Leipzig 1907. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 50 S. (1 Mk. 20 Pf.)

G. versucht den Nachweis zu liefern, dass für die Gestaltung des Einzelfalles von manisch-depressivem Irresein die Ideogenität von grösster Bedeutung sei. Fast alle Mischzustände sind nach G. auf die Mitwirkung der ideogenen Componente zurückzuführen. Eine Wiedergabe der ausführlichen Erörterungen G.'s über die Freud'schen Lehren, die „Sekundärfunktion" u. s. w. ist im Rahmen dieses Referats nicht möglich. Ob die Ansicht G.'s von der Bedeutung des psychischen Faktors in der Genese und Symptomatologie des manisch-depressiven Irreseins sich bestätigt, werden weitere klinische Forschungen ergeben.

Voss (Greifswald).

50. **Nothwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze;** von Prof. Dr. A. Hoche. [Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankheiten. VII. 8.] Halle a. d. S. 1907. Carl Marhold. Gr. 8. 27 S. (75 Pf.)

H. fasst die Hauptgesichtspunkte dieses bei der vorjährigen Wandervorsammlung der süddeutschen Neurologen und Irrenärzte gehaltenen Referates in folgenden Schlüssen zusammen: „Ein grosser Theil der Fälle von traumatischer Neurose wird durch die Unfallversicherungsgesetze erzeugt. Diese Fälle heilen unter der Voraussetzung der jetzt bestehenden gesetzlichen Bestimmungen grösstentheils nicht, sind aber grundsätzlich als heilbar anzusehen. Die Erfahrungen über die Art des Zustandekommens der nervösen Folgezustände nach Unfällen und allgemeine Erfahrungen aus dem Gebiete des Versicherungswesens überhaupt zeigen die Wege, auf denen dem thatsächlichen Nothstande, der in der Zunahme der Unfallneurosen gegeben ist, abzuhelfen sein wird. Die notwendige und unaufschiebbare Reform der Unfallversicherungsgesetze muss sich, um diesen Zweck zu erreichen, auf folgende Punkte erstrecken: a) Beseitigung aller vermeidbaren seelischen Schädlichkeiten im Entschädigungsverfahren. b) Regelung der Erziehung zur Arbeit. c) Ausdehnung der einmaligen Capitalabfindung an Stelle des fortlaufenden Rentenbezuges."

Ref. hat schon wiederholt (zuletzt: Med. Klinik Nr. 28. 1908) darauf hingewiesen, dass die *wichtigste* Reform in einer Veränderung des § 9, 2b des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes besteht. Hier müsste eine Nr. 3 ungefähr folgenden Inhalts aufgenommen werden: „An die Stelle eines Theilbetrages der Rente kann eine dem Verletzten von der Berufsgenossenschaft nachzuweisende leichtere Arbeit treten, falls diese nach ärztlichem Gutachten für nothwendig zur Erlangung der völligen Erwerbsfähigkeit erklärt wird." Die Uebernahme der *möglichen* Arbeit muss *gesetzlich* erzwungen werden können.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

51. **Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit;** herausgegeben von Prof. P. Dittrich in Prag. Wien u. Leipzig 1908. Wilh. Braumüller.

1) VIII. Bd., 2. Lief. S. 223—672. (12 Mk.) *Die Thätigkeit des Sachverständigen bei Feststellung des Geisteszustandes im Civilverfahren;* von Prof. C. Moeli. *Das österreichische Irrenrecht;* von F. Wien. *Unterbringung der Geisteskranken in die Behandlung der Irrenanstalt und Privatpflege. Entlassung geheilter und nicht geheilter Geisteskranker aus der Irrenanstalt. Die Reformbewegungen im Irrenwesen in Oesterreich;* von A. Tilkowsky. *Irrenstatistik und Irrenfürsorge;* von Placzek. *Simulation und Dissimulation. Das Berufsgeheimniss. Stellung und Aufgaben des Arztes vor Gericht;* von J. Fritsch.

2) VIII. Bd., 3. Lief. S. 673—788. (4 Mk.) *Uebersichtliche Anleitung zur Untersuchung von psychisch Kranken für Aerzte, Medicinalbeamte, forensische Sachverständige und Mediciner;* von Prof. G. Anton und Prof. Fr. Hartmann.

Mit diesen Lieferungen ist der erste Band der forensischen Psychiatrie abgeschlossen. Die einzelnen Abschnitte sind durchweg mit grosser Sorgfalt bearbeitet. Dass die deutschen und die österreichischen Rechtsverhältnisse mit der gleichen Ausführlichkeit behandelt werden, ist ein besonderer Vorzug des Werkes, denn gerade die Vergleichung der Abweichungen in beiden ist für den Sachverständigen von besonderem Werth.

Woltemas (Solingen).

52. **Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane;** von R. Chrobak und A. von Rosthorn. II. Theil: *Die Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane.* [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von H. Nothnagel. XX. 2.] Wien u. Leipzig 1908. Alfred Hölder. Gr. 8. 272 S. mit 90 Abbild. u. 2 Taf. (7 Mk. 20 Pf.)

Mit diesem Bande ist nicht nur der 20. Band der „Spec. Pathologie und Therapie", sondern das ganze aus 24 Bänden bestehende Monumentalwerk Nothnagel's zum Abschluss gelangt. Empfehlende Worte sind überflüssig. Der vorliegende Band

behandelt in der an den Verfassern gewohnten klassischen Weise die *Missbildungen* der weiblichen Geschlechtsorgane, und zwar: die Zwitterbildungen, die angeborenen Defekte oder rudimentären Anlagen, die Hypo- und Epispadie, die abnorme Ausmündung des Enddarmes; Hypoplasie und Infantilismus; Persistiren der ursprünglich doppelten Genitalanlage; Uterus unicornis; Atresie und Stenose; Verlagerung (Dystopie) der inneren Genitalien; überzählige Eierstöcke; angeborene Lage- und Haltungsanomalien der Gebärmutter. Einen grossen Raum nehmen die ausführlichen Literaturverzeichnisse ein. Vorzügliche Abbildungen machen den Text, vor Allem auch, wo möglich, das operative Vorgehen leicht verständlich.

R. Klien (Leipzig).

53. **Jahrbuch der praktischen Medicin.** *Kritischer Jahresbericht für die Fortbildung der praktischen Aerzte;* herausgegeben von Prof. J. Schwalbe in Berlin. Jahrgang 1908. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. Gr. 8. VIII u. 654 S. (15 Mk. 40 Pf.)

Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1907. *Ein Jahrbuch für praktische Aerzte;* bearbeitet u. herausgegeben von Dr. Arnold Pollatschek und Dr. Heinrich Nádor. Wiesbaden 1908. J. F. Bergmann. Gr. 8. XXIX u. 352 S. (18 Mk. 60 Pf.)

Zwei Bekannte, über die etwas Neues nicht zu sagen ist. Schwalbe's Jahrbuch hat durch die Einfügung von 54 Abbildungen und 2 farbigen Tafeln (die Leukocyten des gesunden Blutes und Säuglingsekzem) eine wesentliche Bereicherung erfahren.

Dippe.

54. **1) Volksernährungsfragen;** von Prof. Max Rubner. Leipzig 1908. Akadem. Verlagsgesellschaft. Gr. 8. IV u. 143 S. (5 Mk.)

2) Indikationen und Technik der Entfettungskuren; von Prof. Paul Friedrich Richter. Halle a. d. S. 1908. Carl Marhold. Gr. 8. 38 S. (1 Mk.)

3) Ernährung und Körperbeschaffenheit. *(Beiträge zum Constitutionsbegriff);* von Dr. Bachmann in Harburg a. d. E. München 1908. Verlag der Aerztl. Rundschau (Otto Gmelin). Gr. 8. 28 S. (75 Pf.)

1) Rubner behandelt 2 Themata des XIV. Internation. Congresses für Hygiene und Demographie 1907: *Die Frage des kleinsten Eiweissbedarfes des Menschen* und *Die volkswirthschaftlichen Wirkungen der Armenkost.* Bei Nr. 1 spricht er sich gegen die neuerdings sehr beliebte Herabsetzung des Eiweissbedarfes aus. Ein bestimmter Minimalwerth lässt sich überhaupt nicht aufstellen. Die von Voigt geforderten 118 g Eiweiss sind etwas reichlich, R. betrachtet aber dieses Zuviel als einen „Sicherheitsfaktor, der gefordert werden muss". In dem 2. Aufsatze spricht R. sehr eingehend über Volksernährung und über die Gefahren einer ungenügenden Ernährung grosser Volksschichten. Er fordert grössere Beachtung dieser Fragen seitens des Staates, Einrichtung einer Centralstelle für alle einschlagenden Forschungen u. s. w. So wie die Verhältnisse zur Zeit liegen, ist vielleicht Aufklärung und Unterweisung des Volkes das Allerwichtigste. Darin könnten die Aerzte mehr thun, als jetzt im Allgemeinen geschieht und darin könnten auch Staat, Communen u. s. w. sehr viel mehr thun. Wenn nur durch ein verständiges Verhalten des Publicums nicht gar so einflussreiche Leute, z. B. die hochmögenden Kneipwirthe geschädigt würden.

2) P. Fr. Richter spricht sehr klar und anschaulich über Entfettungskuren. Erörtert die Verhältnisse, unter denen sie angezeigt sind, und geht die verschiedenen mit mehr oder weniger Erfolg empfohlenen Kuren durch. Er selbst ist am meisten für eine Kur aus Eiweiss und Kohlenhydraten, besonders Kartoffeln, mit starker Einschränkung des Fettes. — Auch auf diesem Gebiete thut Aufklärung noch immer dringend noth. Die Armen soll man lehren, wie sie sich auch mit bescheidenen Mitteln genügend ernähren können und den Wohlhabenden soll man klar machen, welch' ein Unfug es ist, sich zu überfressen.

3) Bachmann schildert nach seinen Erfahrungen in Hamburg die schlechte Körperbeschaffenheit grosser Menschenmassen. Das Mittel zum Besserwerden sieht er im mässigen Leben, Vermeidung der Ueberfütterung vom ersten Lebenstage an, wesentlicher Einschränkung des Genusses von Fleisch und Reizmitteln.

Dippe.

55. **Die Indikationen für den Aderlass mit nachfolgender Kochsalzinfusion in der Therapie der urämischen Störungen;** von C. Reitter. Leipzig u. Wien 1907. Franz Deuticke. Gr. 8. (2 Mk.)

R. hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Wirkung eines von alters her bekannten, dann verworfenen und in jüngster Zeit namentlich bei Urämie wieder befürworteten Heilmittels nachzuprüfen und dabei die Indikationsstellung für dessen Anwendung möglichst genau zu präcisiren. Unter Verwerthung eines reichlichen klinischen Materials weist er auf die Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Formen der Nephrosen und den einzelnen urämischen Störungen hin. Er betont für das Studium der Nephrosen und der Urämie und vor Allem für die Therapie der Krankheitserscheinungen die Forderung nach einer genauen Kenntniss der funktionellen Leistungsfähigkeit der Nieren. Die Schlüsse, die sich aus seinen Erfahrungen ergeben, fasst er etwa folgendermaassen zusammen: Alle Nephrosen mit urämischen Störungen lassen durch Aderlass und Infusion mit einer isotonischen (physiologischen) Kochsalzlösung eine Beeinflussung

wohl in gleichem günstigen Sinne, aber nicht in gleicher Stärke erkennen. Die allgemein gültigen Contraindikationen gegen den Aderlass (schwer geschädigtes Herz, weitgehende Zerstörung des Lungengewebes, starke Arteriosklerose, besonders der Hirnarterien, vorhergegangene schwere Blutverluste, abnorme Blutzusammensetzung) gelten auch für alle Formen der Nephrosen. Aderlass und Infusion ergänzen einander in ihrer Wirkung und sind daher immer gemeinsam anzuwenden. Oedeme bilden keine Contraindikation gegen eine Kochsalzinfusion und bieten kein Hinderniss für gute Resorption der infundirten Flüssigkeit. Durch Infusion einer grossen Flüssigkeitsmenge bietet sich Gelegenheit, die Gewebesäfte und das Blut, und damit die in diesen eventuell vorhandenen schädlichen Stoffe möglichst zu verdünnen. Bei den urämischen Störungen der akuten Nephrosen sind Infusion und Aderlass ein wirksames Heilmittel, das auch das Grundleiden günstig beeinflusst und daher unbedingt angezeigt ist. Bei den urämischen Störungen der chronischen Nephrosen ist die günstige Wirkung der Infusion und des Aderlasses abhängig von dem Grade der anatomischen Nierenschädigung. Es hängt der Erfolg hier schliesslich von der Quantität und Qualität des specifischen Nierenepithels ab. Bei den Formen, die nur mit geringen Atrophien des Nierenparenchyms verbunden sind, ist der Erfolg gut, aber nicht von langer Dauer. Bei den akuten Nachschüben dieser Formen sind bei Ausbruch der urämischen Erscheinungen Aderlass und Infusion geboten. Bei jenen Formen, die mit ausgeprägter Atrophie des Nierenparenchyms einhergehen, ist der Erfolg so gering und so rasch vorübergehend, dass Infusion und Aderlass nicht angezeigt sind. Nur symptomatisch, zur Milderung einer urämischen Erscheinung, wie z. B. des Kopfschmerzes, kann hier im Einzelfalle ausnahmeweise Aderlass und Infusion vorgenommen werden.

Forstmann (Dresden).

56. **Die Schuppenflechte (Psoriasis vulgaris) und ihre Behandlung;** von Dr. Jessner. [Dr. Jessner's Dermatol. Vorträge für Praktiker. Heft 13.] 2. Aufl. Würzburg 1908. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag). 8. 39 S. (70 Pf.)

In bekannter prägnanter Weise werden Symptomatologie, Lokalisation, Diagnose und Therapie abgehandelt, so dass das Heftchen jedem Interessenten wohl empfohlen werden kann. Vielleicht dürfte es sich empfehlen, einer 3. Auflage einen Hinweis anzufügen, dass die Arsentherapie in schwereren Fällen im Wiederholungsfalle angewandt, doch recht häufig im Stich lässt.

Brauns (Dessau).

57. **Dreiundzwanzigster Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene.** Begründet von weiland Prof. Uffelmann. Jahrgang 1905. Herausgegeben von A. Pfeiffer. [Suppl. zur Deutschen Vjhrschr. f. öffentl. Gesdhpfl. XXXVIII.] Braunschweig 1908. Friedr. Vieweg u. Sohn. Gr. 8. X u. 593 S. (14 Mk.)

Die Eintheilung des Jahresberichtes ist die bewährte alte geblieben, unter den 17 Mitarbeitern sind neu eingetreten Genth (ansteckende Augenkrankheiten und Verwandtes), Hoffmann (Bakteriologie, Desinfektion, einzelne Infektionkrankheiten) und Wehrle (Epizootien, Schlachthausbetrieb, Abdeckereiwesen). Wie seine Vorgänger ist der Bericht ein zuverlässiger Lootse durch die Fluth der hygieinischen Literatur.

Woltomas (Solingen).

58. **Die Assanirung von Köbenhavn.** Bearbeitet von A. Berg, A. Bjerro, St. Friis, H. V. S. Gredsted, P. Heiborg, P. Hertz, E. M. Hoff, F. Levison, H. Neergaard, K. M. Nielsen, H. A. Nielsen, V. Nohr, F. Oellgaard, N. P. Schierbeck, F. Tobiesen, A. Ulrik; herausgegeben von Th. Weyl. [II. Band, 1. Heft: „Die Assanirung der Städte in Einzeldarstellungen".] Leipzig 1907. Wilh. Engelmann. Gr. 8. 196 S. mit 108 Abbild. im Text u. 21 Tafeln. (15 Mk.)

Kopenhagen war vom 12. Jahrhundert an eine baulich eingeengte Festungstadt, die zu einem grossen Theile wegen der Unmöglichkeit einer Erweiterung nach der Landseite hin auf Aufschüttungen von schlechter Beschaffenheit ruhte, die dem Meere abgewonnen waren. Der Einfluss der vor etwa 40 Jahren erfolgten Schleifung der Wälle erhellt am besten daraus, dass die Einwohnerzahl der Altstadt, die sich 1860 auf 114000 belief, 1906 nur noch 68000 betrug, während die neueren Quartiere sich bedeutend entwickelten. Die Entwässerung geschah früher in den Hafen und führte zu Geruchs- und Schlammbelästigung, und auch für sonstige hygieinische Aufgaben boten sich bei den Verhältnissen einer Inselstadt eigenartige Schwierigkeiten. Das wie seine Vorgänger reich mit Abbildungen und Plänen ausgestattete Work, dessen einzelne Abschnitte theils von Ingenieuren, theils von Aerzten bearbeitet worden sind, unterrichtet eingehend darüber, wie die Schwierigkeiten gelöst worden sind.

Woltemas (Solingen).

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands.

Sämmtliche Literatur, bei der keine besondere Jahreszahl angegeben ist, ist vom Jahre 1908.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

(Meteorologie.)

Abderhalden, Emil, Ueber d. Abbau d. 2.5-Diketopiperazinen im Organismus d. Kaninchens. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 384.

Abderhalden, Emil, u. Louis Baumann, Notizen über l-Tryptophan. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 412.

Abderhalden, Emil, u. A. H. Koelker, Weiterer Beitrag zur Kenntniss d. Verlaufes d. fermentativen Polypeptoidspaltung. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 416.

Abderhalden, Emil, u. Filippo Lussana, Weitere Versuche über d. Abbau d. Polypeptide durch d. Presssäfte von Zellen u. Organen. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 390.

Abderhalden, Emil, u. James S. McLester, Ueber d. Verhalten einiger Polypeptide gegen d. Plasma d. Rinderblutes. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 371.

Abderhalden, Emil, u. Wilfred H. Manwaring, Ueber d. Abbau einiger Polypeptide durch d. rothen Blutkörperchen u. der Blutplättchen des Rinderblutes. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 377.

Abderhalden, Emil, u. Auguste Rilliet, Ueber d. Spaltung einiger Polypeptide durch d. Presssaft von Psalliota campestris (Champignon). Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 395.

Ackermann, D., u. Fr. Kutscher, Zur Constitutionsermittelung d. Neosins. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 2. p. 23. 220.

Albu, A., Ueber d. Aschengehalt einiger Se- u. Exkrete d. Körpers (Magensaft, Faeces, Sperma). Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 17.

Ascoli, A., u. B. Neppi, Ueber d. Specificität d. Glutinase. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 2. p. 135.

Austin, A. E., and Mabel D. Ordway, The extra-intestinal origin of bilirubin. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 20. p. 763. May.

Barcroft, Joseph, Differential method of blood-gas analysis. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. 12.

Barcroft, J., u. P. Morawitz, Ueber d. Ferricyanidmethode zur Blutbestimmung f. klin. Zwecke. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 3. p. 223.

v. Bergmann u. Bamberg, Zur Bedeutung d. Antitrypsins im Blute. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Bertrand, Gabriel, et Rosenblatt, Sur la façon dont la tyrosinase agit sur la tyrosine racémique. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 5. p. 425. Mai.

Boeninger, M., Ueber Isolirung d. reinen Magensaftes aus d. Mageninhalte. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 3. p. 328.

Boggs, Thos. R., Variations in the calcium content of blood following therapeutic measures. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 208. p. 201. July.

Brasch, W., u. E. Friedmann, Eine neue Synthese d. Isoleucins. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 10. p. 376.

Brown, T. Graham, and E. P. Cathcart, On the creatin-creatinin content of frog's muscle. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. XIV.

Buchtala, Hanns, Elementaranalyse d. Eihäute von Scillium stellare, Pristiurus melanostomis u. Scyllium canicula u. Vertheilung d. Stickstoffs in denselben. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 1. p. 11.

Buckmaster, George A., The pseudo-peroxydase reaction between haemoglobin, its derivatives and the leucobase of malachite green. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. XI.

Buxton, B. H., u. Alfred H. Rahe, Einfl. d. Temperatur auf d. Ausflockung von Colloiden. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 11 u. 12. p. 479.

Chrom, J. P., Studier over Urinsyrens Dannelse hos Mennesket. Hosp.-Tid. 5. R. I. 28. 29.

Cohen, L. J., and William J. Gies, A study of protagon prepared by the *Wilson-Cramer* method. Proceed. of the Soc. for experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 97.

Dakin, H. D., Zur Kenntniss d. Abbaues d. Carbonsäuren im Thierkörper. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 10. p. 404.

Davidsohn, Felix, Ein Universalstativ f. Röntgenröhren. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Delèarde et A. Benoit, Sur un nouveau procédé chimique de recherche du sang. Echo méd. du Nord XII. 27.

Dossauer, Friedrich, Eine neue Anwendung d. Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24.

Dilg, P., Die *Bang*'sche Methode d. Zuckertitration. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24.

Dunham, Edward K., Note on the isolation of carnaubic acid from beef kidneys. Proceed. of the Soc. for experim. Biol. a. Med. V. 3. p. 58.

Ehrenfeld, R., Ueber Molybdänverbindungen d. Lecithins. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 1. p. 89.

Embden, Gustav, Ueber d. Verhalten d. optisch isomeren Leucine in d. Leber. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 348.

Embden, Gustav, u. Hans Engel, Ueber Acetessigsäurebildung in d. Leber. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 323.

Embden, Gustav, u. Alfred Marx, Ueber d. Glykokoll d. normalen Harns. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 308.

Embden, Gustav, u. Alfred Marx, Zur Acetonbildung in d. Leber. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 318.

Embden, Gustav, u. Louis Michaud, Ueber d. Abbau d. Acetessigsäure im Thierkörper. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 332.

Esau, Paul, u. G. Rörer, Die Farbenphotographie nach *Lumière* in d. Medicin. Med. Klin. IV. 21.

Euler, Hans, u. Ebba Nordenson, Zur Kenntniss d. Möhrencarotenau. seiner Begleitsubstanzen. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 3. p. 223.

Fischler, Zur Frage d. Urobilinentstehung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Franz, Fr., u. G. Sonntag, Die Ausscheidung d. schwefligen Säure b. Menschen in Versuchen mit schwefligsaurem Natrium u. mit d. Natriumsalzen gebundener schwefliger Säuren. Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte XXVIII. 1. p. 225.

Frei, Walter, On viscosity of the blood. Transvaal med. Journ. III. 9. p. 221. April.

Freund, Ernst, Zur Frage d. Albumosengehaltes d. Blutes. Biochem. Ztschr. VII. 4—6. p. 361; IX. 5 u. 6. p. 463.

Friedlaender, Konrad, Zur Frage d. Eiweissansatzes durch Amide. Arch. f. Physiol. CXXII. 10 u. 11. p. 511.

Friedmann, E., Zur Kenntniss d. Abbaues d. Carbonsäuren im Thierkörper: 6) Zur Theorie d. Homo-

gentisinsäurebildung. — 7) Ueber d. Bildung von Acetessigsäuren u. Isovaleriansäure b. d. Leberdurchblutung. — 8) Ueber d. Verhalten d. α-, β-ungesättigter Säuren b. d. Leberdurchblutung. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. 10. p. 304. 365. 371.

Fuld, E., Zu der einfachen Pepsiabestimmung des Herrn *Gross*. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Gocht, Congress d. deutschen Röntgengesellschaft, Berlin, 26. April. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20. Ver.-Ber.

Gonnermann, M., Die Antheilnahme d. Brenzkatechins b. d. Dunkelfärbung d. Rübensäfte. Arch. f. Physiol. CXXIII. 11 u. 12. p. 635.

Grashey, R., Congress d. deutschen Röntgengesellschaft, Berlin, 26. April. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18. 19.

Gregor, A., Ein einfacher Apparat zur Exposition opt. Reize. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. III. 1. p. 20.

Groedel, Franz M., Die Orthoröntgenographie. Anleitung zum Arbeiten mit parallelen Röntgenstrahlen. München. J. F. Lehmann's Verl. 8. 79 S. mit 3 Abbild. 3 Mk.

Grube, Karl, Kann d. Leber aus ihr direkt zugeführten aktiven Aminosäuren Glykogen bilden? Arch. f. Physiol. CXXII. 10 u. 11. p. 451.

Gudzent, F., Physikal.-chem. Untersuchungen über d. Verhalten d. harnsauren Salze in Lösungen. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 2. p. 150.

Haenisch, G. Fedor, Ueber Fortschritte in d. Röntgenologie. Therap. Monatsh. XXII. 6. p. 295.

Haig, A., Estimation of uric acid in the blood. Lancet May 30. p. 1576.

Hammarsten, Olof, Zur Frage nach d. Identität d. Pepsin- u. Chymosinwirkung. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 1. p. 18.

Hart, T. Stuart, A new method for the quantitative determination of acetone in the urine. Proceed. of the New York pathol. Soc. N. S. VIII. 1 a. 2. p. 19.

Henze, M., Ueber Spongosterin, d. Cholesterin aus Suberites domuncula. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 427.

Henze, M., Chem. Untersuchungen über Octopoden. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 433.

Henze, M., Notiz über d. chem. Zusammensetzung d. Gerüstsubstanz von Velella spirans. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 445.

Henze, M., Ueber d. Gehalt d. Meeres an gelösten organ. Kohlenstoffverbindungen u. deren Bedeutung f. d. Stickstoffhaushalt d. Meeres. Arch. f. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 487.

Hildebrandt, Herm., Zur Frage d. Schwefelwasserstoffbildung aus Eiweiss u. Schwefel. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 10. p. 409.

Hirt, Rudolf, Präcisionssauger f. kleinste Flüssigkeitsmengen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Heffmann, F. A., Eine Erleichterung b. d. Urinuntersuchung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Hohlweg, Hormann, u. Hans Meyer, Quantitative Untersuchungen über d. Reststickstoff d. Blutes. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 10. p. 381.

Hollaender, Hugo, Ein Verfahren zur quantitativen Bestimmung d. Harnsäure. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 18.

Holohut, Theophil, Ueber *Arnold's* Harnreaktion mit Nitroprussidnatrium. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 2. p. 117.

Holzknecht, G., Eine neue Anwendung d. Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Hunter, A., The reaction with protamine as a means of distinguishing primary from secondary proteoses. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. V.

Huater, A., The occurrence of a pancreatic digest af a substance having the composition of the urocanic acid of *Jaffé*. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. XXXVII.

Jagor, L. de, Ueber d. Reaktion d. Harns. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 6. p. 481.

Jessen-Hansen, H., Om *Bang's* Metode til Bestemmelse af Druesukker. Hosp.-Tid. 5. R. I. 24.

Jolles, Adolf, Ueber d. Gesammtstoffwechsel vom chem. Standpunkte. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 28. 29. 30.

Klingelfuss, Fr., Ueber Messung u. Dosirung d. Röntgenstrahlen in absoluter Einheiten-Röntgenolyse. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Knoop, Franz, Eine Farbenreaktion d. Histidins. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 356.

Knoop, Franz, Zur Oxydation von Fettsäuren. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 10. p. 411.

Kouschegg, Artur, Zur Bestimmung des Gesammtschwefels im Harne. Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 274.

Kroidl, Alois, u. Alfred Neumann, Ultramikroskop. Beobachtungen über d. Verhalten d. Caseinsuspension in d. frischen Milch u. b. d. Gerinnung. Arch. f. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 523.

Krimberg, R., Ueber d. Identität d. Novains mit d. Carnitin. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 6. p. 466.

Küster, Wilhelm, Beiträge zur Kenntniss des Hämatins. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 6. p. 505.

Littlejohn, Harvey, and J. H. H. Pirie, The micro-chemical tests for semen. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 5. p. 410. May.

Lucas, Keith, A method of drawing tubes for the capillary electrometer. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. XXVIII.

Mackenzie, J., The ink polygraph. Brit. med. Journ. June 13.

Mandel, John A.; W. A. Jacobs and P. A. Levene, On nucleic acids. Proceed. of the Soc. for experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 92.

Meudel, Laffayetto B., and Tadasu Saiki, The chemical composition of non-striated mammalian muscle. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Philad. V. 4. p. 81.

Merkel, Herm., Kleine techn. Winke f. d. Praxis d. *Uhlenhuth*'schen Blutuntersuchung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Milrath, Hugo, Zur Kenntniss d. durch Phenylhydrazin fällbaren Harnbestandtheile. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 2. p. 126.

Müller, Erich, Beitrag zur Frage d. natürl. Nutzstoffe in d. Frauenmilch. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 22.

Müller, Robert, Ueber die *Tunnenberg*'schen Körper. Arch. f. Physiol. CXXII. 10 u. 11. p. 455.

Nenberg, Carl, Zur chem. Kenntniss d. Melanome. Virchow's Arch. CXCII. 3. p. 514.

Obermayer, Friedrich, u. Hugo Popper, Ueber d. Nachweis von Gallenfarbstoff u. dessen klin. Bedeutung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25.

Örum, H. P. T., Ueber d. Hämoglobinbestimmung u. d. funktionelle Werth d. Hämoglobins. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 28.

Oppenheimer, C., Methodologie der Enzymforschungen. Handb. d. physiol. Meth. II. 2. p. 54.

Oppenheimer, Siegfried, Weiteres zur *Schardinger*'schen Reduktionsprobe. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. zu Frankf. a. M. 4. p. 73.

Palladin, W., Betheiligung d. Reduktase im Processe d. Alkoholgährung. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 1. p. 81.

Pappenheim, A., Zur Kenntniss u. Würdigung d. Methylgrün-Pyronin-Reaktion. Fol. haematol. VI. 1. p. 51.

Pauli, Wolfgang, u. Hans Handovsky, Untersuchungen über d. physikal. Zustandsänderungen d. Colloide. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 11 u. 12. p. 415.

Pembrey, M. S., and F. Cock, The influence of oxygen upon respiration. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. XLI.

Pfaundler, M., u. E. Moro, Ueber hämolyt. Complement in d. Frauenmilch. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Protein nomenclature. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. XXXII.

Reichert, Edward T., and Amos P. Brown, The crystallography of hemoglobin. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. 3. p. 66.

Ripperger, A., Ueber einen neuen Unterbrecher f. Röntgenapparate. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. I. p. 12. April.

Röntgenstrahlen s. I. *Dessauer, Gocht, Grashey, Groedel, Haenisch, Holzknecht, Klingelfuss, Ripperger, Rollinet, Schmidt.* III. *Auburtin, Harvey, Löwen.* IV. 2. *Albers, Krause, Levy, Schellenberg, Schlayer;* 3. *Jaksch;* 5. *Morton;* 6. *Cole;* 9. *Harris, Sabrazès;* 10. *Schindler, Schmidt.* V. 1. *Davidsohn;* 2. a. *Bernhardt, Klose;* 2. c. *Gray;* 2. d. *Giuliani;* 2. e. *Fairbank, Meinard, Tubby.* VII. *Leopold.* XI. *Burger, Imhofer, Killian.* XIV. 4. *Hall, Levy, Sommer.* XVI. *Bordas.*

Rogozinski, F., Zur Kenntniss d. Eiweisspeptone. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 229. 241.

Rollin, William, The resistence of an x light tube is not an accurate indication on the degree of the vacuum. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 25. p. 932. June.

Rosenheim, Otto, and M. Christine Tebb, Further proofs of the non-existence of protagon as a definite chemical compound. Journ. of Physiol. XXXVII. I. p. I.

Rothschild, Julius, Untersuchungen über d. Guajakblutprobe. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18.

Salkowski, E., Ueber d. Nachweis d. Arsens im Harne. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 1. p. 95.

Schindler, C., Die Benutzung d. Milliampèremeters u. d. parallelen Funkenstrecke b. d. Dosirung d. Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Schmidt, H. E., Die Benutzung d. Milliampèremeters u. d. parallelen Funkenstrecke b. d. Dosirung d. Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Schroeder, Knud, Untersuchungen über die Guajakprobe f. d. Blut. Mit Erwiderung von *O. Schumm.* Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29.

Schryver, S. B., An apparatus for continuous dialysis against distilled water or other liquids. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. XXIII.

Schumm, O., Ueber d. Nachweis von Kohlenoxyd im Blute. Med. Klin. IV. 23.

Schumm, O., Untersuchungen über d. Nachweis von Blut im Harne mit Hülfe d. spektroskop. u. einiger spektroskop.-chem. Verfahren. Münchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Sievers, Rodorich, Erfahrungen u. Untersuchungen über d. *Lumière*'schen Dreifarbenphotographie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Simon, Oscar, Physiologie d. Harnsäure. Jahresber. d. Ges. f. Nat.- u. Heilkde. in Dresden p. 118.

Smith, R. M., The origin of urinary casts. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 696. May.

Sörensen, S. P. A., u. A. C. Andersen, Studien über Aminosäuresynthesen: Prolin. Diaminodicarbonsäuren u. Oxyaminosäuren. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 3. p. 236. 250.

Southword, Thomas S., Some conclusions from our knowledge of the proteids of milk. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 72.

Spaeth, Ednard, Die chem. u. mikroskop. Untersuchung d. Harnes. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. 8. XXIV u. 671 S. mit 91 in d. Text gedruckten Abbild. u. 1 Spektraltafel. 12 Mk. 60 Pf. (geb. 13 Mk. 60 Pf.)

Steudel, H., Ueber d. Kohlehydratgruppe in d. Nucleinsäure. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 407; LVI. 2. p. 212.

Stigler, R., Ueber d. Flimmern d. Kinematographen. Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 224.

Strouse, Solomon, A clinical study of the alcalinity of the blood. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 206. p. 137. May.

Takaki, Kenji, Zur Kenntniss d. Lysinogens d. Blutscheiben. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 274.

Tanaka, T., Ueber d. Viscosität, Gefrierpunktserniedrigung, Acidität u. elektr. Leitfähigkeit d. normalen Harnes u. d. Phlorizindiabetesharnes von Japanern. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 1. p. 1.

Tollens, C., Der Glykuronsäurenachweis nach *B. Tollens* im menschl. Urine. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 1. p. 115.

Traube, J., Die osmot. Kraft. Arch. f. Physiol. CXXIII. 7 u. 8. p. 419.

Tsuchiya, Iwaho, Die volumetr. Eiweissbestimmung mittels d. Phosphorwolframsäure. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 24.

Van Slyke, L. L., Conditions affecting the proportions of fat and proteine in cow's milk. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 22. p. 1021. May.

Wasserthal, Ueber d. Werth d. *Mollière*'schen Methylviolettreaktion zum Nachweis freier Salzsäure im Magen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18.

Waterman, N., u. R. J. Boddaert, Ueber d. Nachweis von Nebennierenprodukten im Blut u. Harn. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25.

Watkins, Frank Augustus, Acidity of the urine. Lancet June 20.

Wiczkowski; M. Selzer; G. G. Wilenko, Versuch zur Anwendung d. biochem. Reaktionen f. klinische Zwecke. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Wilenko, G. G., Zur Kenntniss d. Pepsinausscheidung im Harn. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 22.

Willcock, Edith G., Crystalline egg-albumin. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. 27.

Windaus, A., u. W. Vogt, Notiz über d. α-Chlor-β-Imidazolylpropionsäure. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 10. p. 406.

Wlassoff, G., u. A. Krükoff, Fixationsmethode von trockenen Blutpräparaten in warmem flüss. Medium. Folia haematol. VI. 1. p. 66.

Wohlgemuth, Julius, Zur Kenntniss des im menschl. Pankreassaft enthaltenen Hamolysins. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 28.

Wolff, Walter, Ueber Pepsin u. Pepsinbestimmung mittels d. Edestinprobe. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 22.

Zuntz, M., Zur Erklärung d. specif. dynam. Wirkung d. Eiweissstoffe. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 3.

S. a. II. Abderhalden, Arnold, Frey, Garrod, Kreidl, Lefmann, Lungwitz, Mendel, Schütz. III. Ambard, Bertrand, Emmerich, Giemsa, Kay, Peterson, Roichor, Salomon, Sohütze, Kieseritzky. IV. 3. Hederström, Hösslin, Obermayer; 5. Delug, Graul, Palfray, Palier, Pratt, Willcox, Würtz; 8. Apelt; 9. Abrams, Mard, Embden, Falta, Laqueur, Möller, Reuss, Sabatouski, Whitney; 10. Danlos, Spielhoff; 11. Blumenthal, Citron. VI. Blumenthal. VII. Alheck, Labbé. VIII. Allaria, Kassowitz, Ladd, Moll, Orgler, Tugendreich. XII. Gassmann, Röse. XIII. 1. Overbach, Přibram; 2. Disselhard, Etterlen. Loewi, Mac Callum, Muslin; 3. Wobster, Welker. XV. Barthel, Boruttau, Lahsmann, Micko. XIX. Jones.

II. Anatomie und Physiologie.

(Anthropologie, Ethnologie, Zoologie, vgl. Anatomie, Entwicklungsgeschichte, Psychologie.)

Abderhalden, Emil; E. S. London, u. Berthold Oppler, Studien über d. normale Verdauung d.

Eiweisskörper im Magendarmkanale des Hundes. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 447.

Alhrand, Max, Zur Frage d. Zwischenniere b. d. Urodelen. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 2. p. 353.

Algina, Valentina, Ueber d. Ursache d. Herzschlages. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 237.

Alrntz, Sydney, Die Kitzel- u. d. Juckempfindung. Skandinav. Arch. f. Physiol. XX. 5 u. 6. p. 371.

Alrutz, Sydney, Untersuchung über d. Temperatursinne. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVII. 3 u. 4. p. 161. 241.

Amblard, Note sur le sphygmométroscope. Bull. de Thér. CLV. 20. p. 781. Mai 30.

Amblard, Louis Alb., Le travail du coeur en clinique. Gaz. des Hôp. 72.

Anton, Wilhelm, Beitrag zur Morphologie d. *Jacobson*'schen Organs u. d. Nasenhöhle d. Cryptobranchiata. Morphol. Jahrb. XXXVIII. 3. p. 448.

Arhoiten, psychologischo, herausgeg. von *Emil Kraepelin*. V. 3. Leipzig. Wilhelm Engelmann. 8. S. 293—425. 5 Mk.

Arnold, Julius, Zur Morphologie d. Leberglykogens u. zur Struktur d. Leberzelle. Virchow's Arch. CXCIII. 1. p. 174.

Auerbach, Siegmund, Zur Lokalisation d. musikal. Talentes im Gehirn u. am Schädel. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 31.

Beck, A., Ueber d. Ermüdbarkeit d. Nerven. Arch. f. Physiol. CXXII. 12. p. 585.

Beyer, Hermann, Studien über d. sogen. Schalleitungsapparat b. d. Wirbelthieren. Arch. f. Ohrenhkde. LXXV. 3 u. 4. p. 244.

Bezold, Experiment. Untersuchungen über d. Schalleitungsapparat d. menschl. Ohres. Arch. f. Ohrenhkde. LXXV. 3 u. 4. p. 208.

Bielschowsky, Max, Ueber d. Bau d. Spinalganglien unter normalen u. pathol. Verhältnissen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. XI. 4 u. 5. p. 188.

Biach, Paul, Zur Thierähnlichkeit im menschl. Rückenmarke. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 11.

Biggs, L. N. Hecketh, Investigation of the bundle of *His* in rabbits incised hearts perfused with *Locke's* fluid. Brit. med. Journ. June 13.

Binawanger, L., Diagnost. Associationsstudien. Ueber d. Verhalten d. psychogalvan. Phänomens b. Associationsexperimenten. Journ. f. Psychol. u. Neurol. XI. 3. p. 133.

Bittorf, A., Ueber angeb. Brustmuskeldefekte. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 5 u. 6. p. 475.

Blumenau, L., Zur Frage über d. Vaguskerne d. Menschen. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 14.

Boigey, Etude psychologique sur l'Islam. Ann. med.-psychol. 9. S. VIII. 1. p. 5. Juillet—Août.

Bolk, Louis, Over funktielocalisatie in de kleine hersenen. Nederl. Weekbl. 1. 25.

Boruttau, H., Taschenbuch d. Physiologie. 2 Theile. Leipzig. Dr. Werner Klinkhardt. 8. 243 S. 6 Mk.

Boule, R. P., Responsabilité normale et pathologique. Revue des Question scientif. 3. S. XIII. p. 357. Avril.

Bonlonmié, La tension artériolle et sa mésure. Bull. de Thér. CLV. 20. p. 790. Mai 30.

Boycott, A. E, and G. C. C. Damant, A note on the total fat of rats, guinea-pigs and mice. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. 25.

Bräuner, Max, Versuche über d. tägl. Variationen d. Nierenleistung b. constanter Kost. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 438.

Bresler, Joh., Die Willensfreiheit in moderner theolog., psychiatr. u. jurist. Beleuchtung. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 46 S. 80 Pf.

Breuer, Josef, Ueber *Ewald*'s Versuch mit d. pneumat. Hammer (Bogengangapparat). Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XLII. 6. p. 373.

Brodmann, K., Beiträge zur histolog. Lokalisation d. Grosshirnrinde: die cytoarchitekton. Cortexgliederung d. Halbaffen (Lemuren). Journ. f. Psychol. u. Neurol. X. Erg.-Heft p. 287.

Brugnatelli, E., Recherches sur les phénoménes d'élimination par voie rénale. Arch. ital. de Biol. XLVIII. 3. p. 413.

Bryant, W. Sohier, Dio Schnecke u. ihre allgemeine Empfänglichkeit f. Toneindrücke. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 1 u. 2. p. 44.

Buch, Max, Uppkastningens mekanism. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 641. Juni.

Burton-Opitz, R., u. Daniel, R. Lucas, Ueber d. Blutversorgung d. Niere. Der Einfluss d. Erhöhung d. Druckes in d. Harnwegen, sowie die Reizung u. Durchschneidung der d. Plexus renalis bildenden Nervenfasern. Arch. f. Physiol. CXXIII. 11 u. 12. p. 553.

Camerer, W., Die Entwicklung d. Energielehre in d. Physiologie d. Menschen. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 24.

Charmoy, d'Emmerez de, On 3 new species of culex collected during the anti-malarial campaign in Mauritius in 1908. Ann. of trop. Med. II. 3. p. 257. July.

Chiray, L'eau et les échanges cutanés. Gaz. des Hôp. 74. 75.

Cignozzi, Oroste, Sulla polimastia. Rif. med. XXIV. 10.

Cimoroni, A., Sur l'hypertrophie de l'hypophyse cérébrale chez les animaux thyréoïdectomisés. Arch. ital. de Biol. XLVIII. 3. p. 387.

Clandius, M., Paraffinoid. Hosp.-Tid. 5. R. I. 26.

Clouston, T. S., Blood and mind. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. p. 9. July.

Cohnheim, Otto, Die Physiologie d. Verdauung u. Ernährung. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. VII u. 481 S. 15 Mk.

Cordeiro, F. J. B., Ueber Farbenempfindung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XLII. 6. p. 379.

Cramer, W., On the assimilation of protein introduced parenterally. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. 146.

Crampton, Henry, Physiological problems of the geographical distribution of partula in Polynesia. Proceed. of the Soc. of experim. Biol. a. Med. V. 3. p. 57.

Cullis, Winifred, C., Further experiments upon the secretion of urine in the frog. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. XVI.

Debierre, Ch., et Tramblin, Contribution à l'étude du péricardo. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XLIV. 3. p. 174. Mai—Juni.

Deganello, Umberto, Die peripher. nervösen Apparate d. Athmungsrhythmus b. Knochenfischen. Arch. f. Physiol. CXXIII. 1—3. p. 40.

Della, Vedova, La période de début du développement du sinus maxillaire. Arch. internat. de Laryngol etc. XXV. 3. p. 841.

Determann, Die Veränderung d. Blutviscosität im Höhenklima. Med. Klin. IV. 22.

Dewitz, J., Die Wasserstoffsuperoxyd zersetzende Fähigkeit d. männl. u. weibl. Schmetterlings-puppen. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 5.

Dighton, C. A. Adair, Termination of pelvic colon in bladder, imperforate anus. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 6. p. 527. June.

Dose, Friedrich, Ueber d. Lungenvagus b. Katzen u. Hunden. Arch. f. Physiol. CXXXIII. 11 u. 12. p. 605.

Dürr, D., 3. Congress f. experiment. Psychologie. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVIII. 1 u. 2. p. 117.

Eherschweiler Adolf, Untersuchungen über

d. sprachl. Componente d. Association. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 2. p. 240.

Egger, Max, La sensibilité osseuse. Revue neurol. XVI. 8. p. 345.

Einthoven, W., u. B. Vaandrager, Weiteres über d. Elektrokardiodiagramm. Arch. f. Physiol. CXXII. 12. p. 517.

Encken, Arnold, Zur Theorie d. elektr. Nervenreizung durch Condensatorentladung. Arch. f. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 454.

Eppinger, H.; W. Falta u. K. Rudinger, Ueber d. Antagonismus sympath. u. autonomer Nerven in d. inneren Sekretion. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 21.

Erp Taalman Kip, M. J. van, Studiën over associaties. Psych. en neurol. Bladen 2. hlz. 93.

Ewart, Felicie, Zur Kenntniss d. Geschlechtsbestimmung b. Menschen. Arch. f. Physiol. CXXII. 12. p. 605.

Eysell, Adolf, Ueber d. Eierlegen d. Culiciden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 8.

Falk, Edmund, Eine seltene menschl. Missbildung u. ihre Bedeutung f. d. Entwicklungsgeschichte. Virchow's Arch. CXCII. 3. p. 544.

Ferrata, A., Ueber die Classificirung d. Leukocyten d. Blutes. Folia haematol. V. 7. p. 665.

Fick, Johannes, Beitrag zur Kenntniss d. *Russel*'schen Körperchen. Virchow's Arch. CXCIII. 1. p. 121.

Fick, R., The individual plasma. Lancet July 25.

Fischl, Leopold, Kurzer Beitrag zum Capitel d. Motilität d. Magens. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 22.

Fleischmann, A., Morpholog. Studien über Mollusken. Morphol. Jahrb. XXXVIII. 1 u. 2. p. 91.

Foà, P., Contribution à la connaissance des éléments constitutifs de la pulpe splenique. Arch. ital. de Biol. XLVIII. 3. p. 425.

Forel, A., Gelbe u. weisse Rasse. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. V. 2. p. 219.

Francini, M., Sur la structure et la fonction des plexus choroïdiens. Arch. ital. de Biol. XLVIII. 3. p. 352.

Franz, K., Zur Entwicklung des knöchernen Beckens nach d. Gebnrt. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 1. p. 12.

Fruts, G. P., Die Varietäten d. Musc. peronaei b. Menschen u. d. MM. peronaei b. d. Säugethieren. Morphol. Jahrb. XXXVIII. 1 u. 2. p. 135.

Freund, Ernst, Zur Lehre vom binocularen Sehen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. [II. Sinnesphysiol.] XLIII 1 u. 2. p. 1.

Freund, W. A., u. L. Mendelsohn, Der Zusammenhang d. infantilen Thorax u. d. Beckens. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. III u. 70 S. mit 18 Abbild. 2 Mk. 40 Pf.

Frey, Ernst, Die Kochsalzausscheidung im Dünndarme. Arch. f. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 515.

Froytag, Friodrich, Ein experimentell-histolog. Beitrag zum Ersatz d. Milzfunktion durch d. Lymphdrusen u. zur Bedentung d. fibrillären Gitters d. Milz f. d. Blutreinigung. Arch. f. Physiol. CXXII. 10 u. 11. p. 501.

Froytag, F., Zur Entstehung d. Blutkörpor. Wien. klin. Rundschau XXII. 28.

Fröhlich, A., u. O. Loewi, Ueber vasomotor. Fasern d. Chorda tympani. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LVI. 1. p. 64.

Fröhlich, Friedrich W., Zur Thermodynamik d. Muskelcontraktion. Arch. f. Physiol. CXXII. 11 u. 12. p. 596.

Fröhlich, Friedrich W., Zur Frage d. hemmenden Fasern in d. Muskelnerven. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 392.

Gallois, E., et J. Bosquette, Etudo sur l'architecture intérieure des os et en particulier de l'extrémité supéreure du fémur. Revue de Chir. XXVIII. 5. p. 693.

Garrod, Archibald E., On inborn errors of metabolism. Lancet July. 4. 11. 18. 25.

Gerhartz, Heinrich, Geschlechtsorgane u. Hunger. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 3.

Gerhartz, Heinrich, Die Aufzeichnung von Schallerscheinungen, insbes. die d. Herzschalles. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 105.

Gertz, Hans, Ein Versuch über d. direkte Sehen. Skandinav. Arch. f. Physiol. XX. 5 u. 6. p. 357.

Gibson, G. A., Arterial structure and arterial function. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 6. p. 509. June.

Gillihan, Allen F., The anatomy of thyroid and parathyroid. Calif. State Journ. of Med. XVI. 6. p. 185. June.

Gizelt, A., Einfluss d. Darmextraktes u. Pepton *Witte* auf d. Harnsekretion. Arch. f. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 540.

Glaesmer, Erna, Untersuchung über d. Flexorengruppe am Unterschenkel u. Fuss d. Säugethiere. Morphol. Jahrb. XXXVIII. 1 u. 2. p. 36.

Golant, Raïssa, Ueber d. Licht d. Nernstlampen u. seine Verwend. zu physiolog.-optischen Zwecken. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol. d. Sinnesorg.] XLIII. 1 u. 2. p. 69.

Goldstein, Kurt, Zur Theorie d. Hadneinationen. Studien über normale u. patholog. Wahrnehmung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. XLIV. 2. p. 584.

Griffith, Frederic, A new method of anatomy study. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 21. p. 993. May.

Guttmann, Alfred, Untersuchungen über Farbenschwäche. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol. d. Sinnesorg.] XLIII. 1 u. 2. p. 146.

Hafemann, Max, Erlischt d. Leitungsvermögen motor. u. sensibler Froschnerven b. derselben Temperaturerhohung. Arch. f. Physiol. CXXII. 10 u. 11. p. 484.

Hafsuhl, Ueber d. Beginn d. Silberreifung d. Neurofibrillen im Rückenmark d. Säuger. Journ. f. Psychol. u. Neurol. XI. 3. p. 109.

Hullopeau, H., et François-Dainville, Sur un cas d'hémimélie avec syndactylie, synonychie et defaut de developpement de plusieurs métacarpiens. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 24. p. 699. Juin 28.

Handbuch d. physiolog. Methodik, herausgeg. von *Robert Tigerstedt*. II. Bd. 2. Abth. Leipzig. S. Hirzel. Gr. 8. 188 S. mit 36 Figg. 6 Mk.

Hasselbalch, K. A., u. S. A. Heyerdahl, Ueber einige physische Ursachen zu Schwankungeu der Menge von Blutkörperchen. Skandinav. Arch. f. Physiol. XX. 5 u. 6. p. 289.

Hegar, Alfred, Der Hermaphroditismus b. Menschen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Hegar, K., Anatom. Untersuchnngen an nulliparen Uteris mit besond. Berücksicht. d. Entwicklung d. Isthmus. Beitr. z. Gebnrtsh. u. Gynäkol. XIII. 1. p. 30.

Hellpach, Willy, Unbewusstes oder Wechselwirkung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVIII. 3 u. 4. p. 238.

Henius, K., Abhängigkeit d. Lichtempfindlichkeit von d. Flächengrösse d. Reizobjektes unter d. Bestimmungen d. Tagessehens u. d. Dämmersehens. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol.] XLIII. 1 u. 2. p. 99.

Hormann, L., Neue Untersuchungen über d. Natur d. Combinationstöne. Arch. f. Physiol. CXXII. 10 u. 11. p. 419.

Heüman, G., Sur les courants de polarisation électriques dans le corps humaiu. [Arch. d'Electr. med.] Bordeaux. Impr. Gounouilhou. 8. 11 pp.

Hille, Reinhold, Untersuchungeu über d. Vorkommen d. Keimcentren in d. Lymphknoten von Rind, Schwein, Pferd u. Hund u. über d. Einfl. d. Lebensalters auf d. Keimcentren. Inaug.-Diss. (Leipzig). Dresden. Druck von Otto Franke. 8. 63 S. mit 10 Abbild.

Hirokawa, Waichi, Ueber d. osmot. Druck d. Nervenparenchyms. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 11 u. 12. p. 458.

Horn, Oscar, En Kranieholder, et Apparat til at fixere Hovedet med ved Sektioner. Hosp.-Tip. 5. R. I. 19.

Howard, William Traves, The Korn-plasma rotation theory. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 207. p. 181. June.

Jacobsohn, L., Ueber d. Kerne d. Rückenmarks. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 13.

James, G. T., Brookshank, On the measnrement of the storeoscopic visual acuity. Lancet June 20.

Jappelli, G., Untersuchungen über d. Speichelabsonderung. Ztschr. f. Biol. LI. 2. p. 127.

Imchanitzky, Marie, The nervous coordination of the auricles and ventricles of the heard of the lizard: Proceed. of the Soc. of experim. Biol. a. Med. V. 7. p. 77.

Kappers, C. U. Ariëns, The structure of the autonomic nervous system compared with its functionel activity. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. 139.

Koller, Raimnnd, 2 Falle vnn congenitalem Sacraltumor. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 3. p. 555.

Kelly, Herward, A., The barred road to anatomy. Boll. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 208. p. 196. July.

Kerh, Hoinz, Biolog. Beiträge zur Frage d. Ueberwinterung d. Ascidien. Arch. f. mikrosk. Anat. LXXII. 2. p. 386.

Kirchnor, A., Die vordere Epiphyse u. d. untere Tuberositaskern d. Tibia h. Menschen n. in d. Säugethierreihe. — Die Tuberositas tibiae d. Menschen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 287.

Knauer, A., Ueber d. Einfluss von Ausdruckhewegungen auf d. elektrolyt. Potential u. d. Leitfähigkeit d. menschl. Hant. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. III. 1. p. 1.

König, Berthold, Die Funktion d. Netzhant b. Sehakte. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol.] XLII. 6. p. 424.

Königstein, Hana, Ueber d. Schicksal d. Spermatozoen, welcho nicht zur Befruchtung gelangen. Wien. klin. Wehnschr. XXI. 27.

Koerher, E., Ueber d. *Croftan*'sche Methode znr Erkennung von Nobennierengewebe auf biochem. Wege. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 356.

Koffka, Knrt, Untersuchungen an einem protanomalen System. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol.] XLIII. 1 u. 2. p. 123.

Kolff, W., Sur la physiologie du coeur des téléosticns. Arch. ital. de Biol. XLVIII. 3. p. 337.

Kostanecki, K., Zur Morphologio d. künstl. parthenogenet. Entwicklnng h. Mactra. Arch. f. mikrosk. Anat. LXXII. 2. p. 327.

Kramer, Franz, Elektrische Sensibilitätsuntersuchnngen mittels Condensatorentladungen. Leipzig. Joh. Ambros. Barth. 8. 40 S. 1 Mk.

Kroidl, Alois, u. Alfred Neumann, Zur Frage d. Labgerinnung im Säuglingsmagen. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 5.

Kries, J. von, Ueber ein f. d. physiolog. Prakticum geeignetes Verfahren zur Mischung reiner Lichter. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol.] XLIII. 1 u. 2. p. 58.

Kyrle, J., Ueber d. Regenerationsvorgänge im thier. Pankreas. Arch. f. mikrosk. Anat. LXXII. 1. p. 141.

Lamhotte, A., Sur l'ostéo-synthèse. Belg. méd. XV. 20.

Landau, E., Beitrag zur Kenntniss d. Katzenhirns (Hirnfurchen). Morphol. Jahrh. XXXVIII. 1 u. 2. p. 1.

Latarjot, A., et A. Chalior, La gouttière dorso-sous-scapulaire et son contenu. Lyon med. CX. p. 1320. Juin 21.

Lednrer, Rudolf, Klin. Beitrag znr Lokalisation des Pupillencentrum. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 25.

Lefmann, G., Der Pepsingehalt d. nüchternen Magens. Med. Klin. IV. 22.

Lohndorff, Arno, Ueber d. Ursachen d. typ. Schwankungeu d. allgem. Blutdruckes h. Reizungen d. Vasomotoren. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 362.

Lemberger, Frieda, Psychophys. Untersuchungen über d. Geschmack von Zucker u. Saccharin. (Saccharoso u. Krystallose.) Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 293.

Leontowitsch, A., Das *Weber-Fechner*'sche Gesetz h. Reizung d. Haut durch d. intermittirenden elektr. Strom. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane [II. Physiol. d. Sinnesorg.] XLIII. 1 u. 2. p. 17.

Lewis, Thomas, The influence of intrapericardial pressure upon the inspiratory rise of bloodpressure in vagotomised cats. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. IX.

Liehermann, Paul, u. Géza Révész, Ueber Orthosymptome. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLII. 3 u. 4. p. 259.

Linke, Paul, Meine Theorie d. stroboskop. Täuschungen u. *Karl Marbe*. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVII. 3. p. 203.

Loeh, Jacques, Ueber d. Entwickelungsvorgang unbefruchteter Annelideneier (Polynoë) mittels Saponin u. Solanin. Arch. f. Physiol. CXXII. 10 u. 12. p. 448.

Lohmann, A., Ueber d. Funktion d. Brückenfasern an Stelle d. grossen Venen d. Führung d. Herzthätigkeit h. Sangethieren zu übernehmen. Arch. f. Physiol. CXXIII. 11 u. 12. p. 628.

Loth, Ednard, Die Aponenrosis plantaris in d. Primatenreihe, mit spec. Berücksicht. d. Menschen. Morphol. Jahrb. XXXVIII. 1 u. 2. p. 194.

Lucas, Keith, The temperature-coëfficient of the rato of conduction in nerve. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. 112.

Lucas, Keith, *Nernst*'s theory of electric excitation applied to the excitable substance of the myo-neural junction. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. XXX.

Lugaro, E., Sur les fonctions de la nervoglie. Arch. ital. de Biol. XLVIII. 3. p. 357.

Lungwitz, Hans, Stoffwechselversuche über d. Eiweissbedarf d. Kindes. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 82 S. 1 Mk. 30 Pf.

Macdonald, J. S., The action of striated muscles. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. XXV.

M'Gregor, A. N., A means of observing and recording the efficiency of urinary discharge per urethram. Glasgow med. Journ. LXIX. 6. p. 461. June.

Macleod, J. J. R., On the nature of the so called glycogenetic fibres in the greather splanchnic nerve. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 89.

Maguus, R., Die Bewegungen d. Verdauungsrohres. Handh. d. physiol. Method. II. 2. p. 99.

Maltzew, Catharina von, Ueber individuelle Verschiedenheit d. Helligkeitsvertheilung im Spectrum. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol. d. Sinnesorg.] XLIII. 1 u. 2. p. 76.

Maugold, Ernst, Ueber d. Nervensystem d. Seesterne u. über d. Tonus. Arch. f. Physiol. CXXIII. 1—3. p. 1.

Marhé, S., La sensibilité stéréognostique et la symbolie aux membres inférieurs. Revue neurol. XVI. 8. p. 351.

Mellanhy, J., Muscle plasma. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. XXXIV.

Mendel, Lafayette B., Tho influence of diet on the chemical composition of the body. Proceed. of the Soc. of experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 80.

Monzerath, Paul, Die Bedeutung d. sprachl. Geläufigkeit oder d. formalen sprachl. Beziehung f. d. Reproduktion. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVIII. 1 u. 2. p. 1.

Meyer, Erich, Weitere Untersuchungen über extrauterine Blutbildung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Meyer, Robert, Ueber einen Holoacardius acephalus (sogen. Amorphus). Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 371.

v. Michel, Gehirn u. Auge. Grenzgeb. in d. Med. p. 24.

Minos, G. R., On the spontaneous rhythmic movements of the frog's sartorius immersed in saline solutions. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. XXXV.

Mink, P. J., Die Glottis. Arch. f. Physiol. CXXIII. 1—3. p. 131.

Missbildungen u. Bildungsanomalien s. II. *Cignozzi, Dighton, Falk, Hallopeau, Hegar, Keller, Meyer, Northcote, Slingenberg, Taubert.* V. 2. a. *Baradulin, Davidson, Helbing, Sherman, Winternitz.* VII. *Henrich, Kayser, Oeri, Renesse, Schönbeck.* XII. *Preiswerk.*

Monro, T. K., and Leonard Findlay, Notes on the course of the cerebro-olivary fibres as demonstrated in a case of tuberculosis of the spinal cord and medulla. Glasgow med. Journ. LXX. 1. p. 1. July.

Morawitz, Paul, Blut u. Lymphe. [Handb. d. Biochemie, herausgeg. von *Carl Oppenheim.* II. 2. p. 40.]

Morawitz, Paul, Blutplasma u. Blutserum [Handb. d. Biochemie, herausgeg. von *Carl Oppenheim.* II. 1. p. 70.]

Morgan, E. T., The production of 2 kinds of spermatozoa in phylloxerans; functional female producing and rudimentary spermatozoa. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. u. Med. V. 3. p. 56.

Most, A., Untersuchungen über d. Lymphbahnen an d. oberen Thoraxapertur u. am Brustkorb. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 1.

Müller, Aloys, Zur Frage d. Referenzflächen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [l. Psychol.] XLVII. 4. p. 287.

Müller, Friedrich W., Ueber d. Beziehungen d. Gehirns zum Windungsrelief (*G. Schwalbe*) an d. Aussenseite d. Schläfengegend b. menschl. Schädel. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 57.

Müller, R., Ueber d. Nervenversorgung d. Magendarmkanals b. Frosch durch Nervennetze. Arch. f. Physiol. CXXIII. 7 u. 8. p. 387.

Nathan, La cellule de *Kupffer* (cellule endothéhale des capillaires veineux du foie). Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XLIV. 3. p. 208. Mai—Juin.

Nemiloff, Anton, Beobachtungen über d. Nervenelemente b. Ganeidon u. Knochenfischen. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 1. p. 1.

Neumann, Alfred, Ueber d. Ultratheilchen d. Blutplasmas. Wien. med. Wchnschr. XXI. 27.

Nicolaides, R., u. S. Doutas, Zur Frage über hemmende Fasern in d. Muskelnerven. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 133.

Nireustein, Edmund, Ueber d. Ursprung u. d. Entwickelung d. Giftdrüsen von Salamandra maculosa, nebst einem Beitrage zur Morphologie d. Sekretes. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 1. p. 47.

Northcote, A. B., Case of congenital abnormality of hands and feet. Brit. med. Journ. May 9. p. 1107.

Olshausen, A., Kritik d. *Exner*'schen Theorien d. Zitter- oder Schwirrfluges. Arch. f. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 433.

Osborne, W. A., and Basil Kilvington, Axon bifurcation in regenerated nerves. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. 1.

Panella, A., Action du principe actif surrénal sur la fatigue musculaire. Arch. ital. de Biol. XLVIII. 3. p. 430.

Paramore, R. H., The supports-in-chief of the female pelvic viscera. Lancet June 30.

Paukul, E., Die physiolog. Bedeutung d. *His*'schen Bündels. Ztschr. f. Biol. LI. 2. p. 177.

Pawlow, J. P., Die operative Methodik d. Studiums d. Verdauungsdrüsen. Handb. d. physiol. Meth. II. 2. p. 150.

Pflüger, Eduard, Ueber d. reizbaren u. leitenden Bestandtheil, sowie über d. angebl. Unermüdbarkeit d. Nervenfaser. Arch. f. Physiol. CXXII. 12. p. 593.

Pflüger, Eduard, Mittheilung einer f. d. Physiologen wichtigen Nachricht. [Deutscher Arbeitsplatz am Institut Marey in Boulogne sur Seine.] Arch. f. Physiol. CXXIII. 7 u. 8. p. 329.

Plotnew, Dimitri, Vergleichende Ausnutzungsversuche an normalen u. habituell obstipirten Menschen. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 186.

Polimanti, Oswald, Neue physiolog. Beiträge über d. Beziehungen zwischen d. Stirnlappen u. d. Kleinhirn. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 81.

Polimanti, Oswald, Beitrag zur Physiologie d. Vnrolsbrücke (Pons Varolii) u. d. Vierhügel (Corpora bigemina). Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 271.

Pregl, Fritz, Ueber d. Eihäute von Scyllium stellare Günth. u. ihre Abbauprodukte. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 1. p. 1.

Pringle, Harold, and W. Cramer, On the assimilation of protein introduced enterally. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. 158.

Przewalski, B., Ueber d. grosse Netz. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Radasch, Henry E., Congenital unilateral absence of the urogenital tract and its relation to the development of the *Wolffian* and *Muellerian* ducts. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 1. p. 111. July.

Radlauer, Curt, Beiträge zur Anthropologie d. Kreuzbeins. Morphol. Jahrb. XXVIII. 3. p. 323.

Rehfisch, Eugen, Die Amplitude d. Herzcontraktionen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 1.

Rehfisch, Eugen, Herzbewegung u. Herzcontraktion. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Reichel, Heinrich, Die Gesetze d. peptischen Verdauung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 30.

Reicher, K., Zur Kenntniss d. scheinbar abnormen Bündel im Ponsgebiete. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 9.

Renvall, Gerhard, Zur Kenntniss d. congenitalen, familiär auftretenden Extremitätenmissbildungen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 39.

Routorskiöld, Adam, Om halsrefben. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 557.

Riklin, Franz, Wunscherfüllung u. Symbolik im Märchen. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 8. 96 S. 3 Mk.

Roith, O., Die physiolog. Bedeutung d. einzelnen Dickdarmabschnitte. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 33.

Rona, Peter, u. Leonor Michaelis, Untersuchungen über den parenteralen Eiweissstoffwechsel. Arch. f. Physiol. CXXIII. 7 u. 8. p. 406.

Rothmann, Max, Ueber d. Ergebnisse d. Hörprüfung an dressirten Hunden. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 103.

Rubner, Max, Ernährungsvorgänge b. Wachsthum d. Kindes. Arch. f. Hyg. LXVI. 1 u. 2. p. 81.

Rubner, Max, Das Wachsthumsproblem u. d. Lebensdauer d. Menschen u. einiger Säugethiere vom energet. Standpunkte aus betrachtet. Arch. f. Hyg. LXVI. 1 u. 2. p. 127.

Rupport, Leopold, Ein Vergleich zwischen d. Distinktionsvermögen u. d. Bewegungsempfindlichkeit d. Netzhautperipherie. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol.] XLII. 6. p. 409.

Russell, William, Arterial structure and arterial function. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. p. 47. July.

Sainton, Paul, et Jean Ferret, Corps thyroïde et glande mammaire. Progrès méd. 3. S. XXIII. 23.

Schäfer, E. A., On the present condition of our knowledge regarding the functions of the suprarenal cap-

Digitized by Google

sules. Brit. med. Journ. May 30. June 6. — Lancet May 30. June 6.

Schntiloff, P., Die Nierensekretion im Lichte d. Adrenalinwirkung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 213.

Schenk, F., Athembewegungen. Hnndb. d. physiol. Methodik II. 2. p. 1.

Scheuermann, H., En nf Centralnervevaev bestaaende Tumor sacralis congenitus. Hosp.-Tid. 5. R. I. 25.

Schmincke, Alexander, Die Regeneration d. quergestreiften Muskelfasern b. d. Sauropsiden. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLIII. 3. p. 519.

Schrottenbach, H., Eine Methode zur Bestimmung d. Volum- u. Gewichtsverhältnisse von rothen Körperchen u. Plasma im Blute durch Wägnng. Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 312.

Schütz, Emil, Ueber d. Gesetz d. Pepsinwirkung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20.

Schütz, Emil, Beiträge zur Histologie d. menschl. Magens. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 3. p. 241.

Schwarz, Gottwald, Die Sonderstellung d. Pars horizontalis superior d. Duodenums in rontgenolog. u. nnat. Beziehung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Schwarz, Richard, Der Stilplan d. Bivalven. Vorstudien zu einem natürl. System d. Muskeln. Morphol. Jahrb. XXXVIII. 1 u. 2. p. 93.

Schwenter-Trnchsler, Ueber Mucin u. Mastzellenkörner. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 1. 2. p. 1. 83.

Seofelder, R., Zur Kenntniss d. pathol. Anatomie u. Pathogenese d. Cyklopie. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 2. p. 242.

Seitz, L., Ueber d. Form d. Ureteren, speciell b. Föten u. Neugeborenen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 1. p. 127.

Shnw, Thomns Clnye, On the special psychology of women. Lancet May 2.

Shaw, Thomns Clayo, On the psychology of success. Lancet July 25.

Silfvast, J., Uober d. Sehschärfe f. verschied. Farben im Centrum d. Retina. Skandinav. Arch. f. Physiol. XX. 5 u. 6. p. 410.

Skutnl, K., Ueber Durchströmungsapparate. Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 249.

Slingouberg. Bodo, Missbildungen von Extremitäten. Virchow's Arch. CXCIII. 1. p. 1.

Snyder, Chnrles D., Der Temperatnrcoëfficient d. Resorption b. thier. Membranen. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 8.

Söderlund, G., och A. Backman, Studior öfver thymusinvolutionen. Thymuskördelns aldereförän dringarre hos kancren. Upsala läkreförrn. förh. N. F. XIII. 5. s. 332.

Sonnenbrodt, Die Wachsthumsperiode d. Oocyte d. Huhns. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 2. p. 415.

Stoin, Arthur, Who originnted the method of rapid parnffin imbedding? New Ynrk a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 18. p. 820. May.

Stern, Richard, Die präaktive Spannung. Wien. klin. Rundschau XXII. 26. 27. 28.

Storneck, R. von, Das psychophys. Gesetz u. d. Minimal-Schraum. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVIII. 1 u. 2. p. 96.

Stigler, R., Ueber d. Unterschiedsschwelle im aufsteigenden Theile einer Lichtempfindung. Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 163.

Stoeltzner, W., Die zwoifache Bedeutung d. Calcium f. d. Knochenwachsthum. Arch. f. Physiol. CXXII. 12. p. 599.

Stoerk, Oscar, Beiträge znr normalen Histologie d. Nebennierenrinde. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Stone, I. S., Congenital nbsence of the gall-bladder. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 6. p. 889. Juno.

Stratz, C. H., De uens in anthropologisch en aesthetisch opzicht. Nederl. Weekbl. II. 3.

Strecker, Friedrich, Der Vornagen d. Menschen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [nnat. Abth.] 3 u. 4. p. 119.

Strecker, Friedrich, Neue Anschanungen über Entstehung u. Wachsthum von Magendrüsen b. Menschen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [nnat. Abth.] 3 u. 4. p. 189.

Strubell, Methoden zur Bestimmung d. Herzarbeit. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 8.

Stscherback, Alexnnder, Les monvements pendulaires bi- et monoculaires accompagnant la fermeture volontaire des yeux. Contribution à l'étude des centres corticaux oculo-moteurs chez l'homme. Progrès méd. 3. S. XXIII. 25.

Stücker, Norbert, Ueberd. Unterschiedsempfindlichkeit f. Tonhöhen in vorschied. Tonregionen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XLII. 6. p. 392.

Symes, W. Legge, A simple mask for rapid induction of anaesthesia in small animals. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. XXII.

Tauh, Simon, Ein Beitrag zu d. Theorien einer Vererbungssubstanz. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 43.

Taubert, Ueberzählige Carpalia u. Tarsalia u. Sesambeine im Röntgenbilde. Med. Klin. IV. 19. 20. 21.

Teske, Hilmnr, Beitrag zur Aetiologie d. angeb. Schulterblatthochstandes. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 29. p. 883.

Tigerstedt, Carl, Zur Kenntniss d. Kreislaufs b. Reizung d. N. depressor. Skandinav. Arch. f. Physiol. XX. 5 u. 6. p. 330.

Trendelenburg, Wilhelm, Die Folgen der Längsdurchschneidung d. Kleinhirns am Hunde. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 120.

Trendeleubnrg, Wilhelm, u. Alfred Kühn, Vergleich. Untersuchungen zur Physiologie d. Ohrlnbyrinthes d. Reptilien. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 160.

Uexküll, J. von, Die Verdichtung d. Muskeln. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 2.

Unna, Paul, Untersuchungen über d. Lymph- n. Blutgefässe d. äusseren Haut mit besond. Berücksicht. d. Haarfollikel. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 1. p. 161.

Unna, P., u. L. Golodetz, Neue Studien über d. Hornsubstanz. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 2. p. 62.

Vahlen, Ernst, Pankreas u. intermediärer Stoffwechsel. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 7.

Veraguth, Otto, Zur Frage nach d. pupillomotor. Feld d. Retina. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 9.

Villiger, Emil, Die periphere Innervation. Kurze übersichtl. Darstellung d. Ursprungs, Verlaufs u. d. Ausbreitung d. Hirn- n. Rückenmarksnerven. Mit besond. Berücksicht. wichtigster pathol. Verhältnisse. Leipzig. Wilh. Engelmann. Gr. 8. 110 S. mit 18 Figg. im Texte. 3 Mk. 60 Pf.

Waetzmnnn, E., Die Wirkungsweise d. Resonatoren im Ohre. Arch. f. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 463.

Wnllnce, Georgo B., The physiological mechanism of vasoconstriction and vasodilatation. New York med. Record LXXIII. 17. p. 673. April.

Wnller, A. D., Demonstration of the contractility of nerve, of fiddlestrings and of other strings. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. XVIII.

Walther, Ad., 2 Beiträge znr Kenntniss d. Pferdeblutes. Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 233.

Weber, Ernst, Ueber d. Einfluss d. Sensibilität nnf d. Blutfülle d. Gehirns. Centr.-Bl. f. Physiol. XII. 5.

Weber, Ernst, Die Gegensätze im vasomotor. Verhalten d. äusseren Theile d. Kopfes u. der d. übrigen Körpers b. Mensch u. Thier. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 189.

Weber, E., Ueber Beeinflussung d. Herzthätigkeit vom Nervus splanchnicus aus durch d. Grenzstrang. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 259.

Weidenreich, Franz, Beiträge zur Kenntniss d. granulirten Leukocyten. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 1. p. 209.

Weinland, Ernst, Ueber d. Bildung von Fett aus eiweissartiger Substanz im Brei d. Calciphoralarven. Ztschr. f. Biol. XI. 2. p. 197.

Weiss, Otto, u. Gerhard Jonchim, Registrirung u. Reproduktion menschlicher Herztöne u. Herzgeräusche. Arch. f. Physiol. CXXIII. 7 u. 8. p. 341.

Wernor, Friedrich, Ueber congenitale Lipome u. schwanzähnl. Bildungen b. Menschen. Virchow's Arch. CXCIII. 1. p. 109.

Wossely, K., Experiment. Untersuchungen über d. Augendruck, sowie über qualitative u. quantitative Beeinflussung d. intraocularen Flüssigkeitswechsels. Arch. f. Augenhkde. LX. 1. 2 u. 3. p. 1. 97.

Wessely, Karl, Ueber Ernährung u. Stoffwechsel d. Auges. Med. Klin. IV. 21.

Wiegand, Carl Friedrich, Ueber d. Bedeutung d. Gestaltqualität f. d. Erkennung von Wörtern. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [f. Psychol.] XLVIII. 3 u. 4. p. 161.

Wiener, E., Ueber d. Ultratheilchen des Blutplasmas. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 29.

Wolfl, Max, Eine einfache u. dauerhafte Saugpipette zum Gebrauche b. mikroskop. Arbeiten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 7.

Woolley, V. J., The temperature-coefficient of the rate of conduction and the latent period in muscle. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. 122.

Wundt, Wilhelm, Grundzüge d. physiolog. Psychologie. 6. Aufl. Leipzig. Wilhelm Engelmann. I. Bd. Gr. 8. XVI u. 725 S. mit 161 Figg. im Text, sowie Sach- u. Namenregister. 13 Mk.

Yerkes, Robert M., The relation of plasticity to sex and age in the dancing mouse. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. 3. p. 64.

Ziermer, Manfred, Genealog. Studien über d. Vererbung geistiger Eigenschaften. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. V. 2. 3. p. 178. 327.

Zimmermann, Gustav, Die Accommodation im Ohr. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 23.

Zwaardemaker, H., Die vektorielle Darstellung eines Systems von Geruchscompensationen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 51.

S. a. I. *Physiolog. Chemie.* IV. 7. Rantenberg; 8. Fichera, Mayr. V. 2. c. Nast, Ritter. VI. Barbour. X. Hess. XIII. 2. *Physiol. Wirkung d. Arzneimittel.* XV. Rubner.

III. Allgemeine Pathologie.

(Experimentelle Pathologie. Patholog. Anatomie. Bakteriologie.)

Albrecht, Eugen, Teleologie u. Pathologie. Frankf. Ztschr. f. Pathol. II. 1. p. 1.

Alquier, L., et P. Robin, Etude histologique de l'inflammation expérimentale. Arch. de Méd. expérim. XX. 3. p. 329. Mai.

Amhard, L., Le rôle des lipoïdes dans les phénomènes de l'hémolyse. Semaine méd. XXVIII. 30.

Auzilotti, G., Sur le processus de réparation des pertes de substance dans les cartilages à périchondre. Arch. ital. de Biol. XLVIII. 3. p. 401.

Auburtin, Ch., et E. Beaujard, Action des rayons x sur le sang et la moelle osseuse. Arch. de Méd. expérim. XX. 3. p. 273. Mai. — Folia haematol. VI. 1. p. 31.

Baelde, C. H. L., Plasmodiadragers. Nederl. Weekl. II. 1.

Baldwin, E. R., Review of theoretical considerations and experimental work relative on opsonins. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 26. p. 1227. June.

Banzhap, Edwin J., and L. W. Faumhoner, A note on anaphylaxes. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. 3. p. 62.

Bartel, Julius, Ueber d. hyperplast. Constitution u. ihre Bedeutung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 22.

v. Baumgarten, Der Einfl. d. bakteriologischen Forschungsergebnisse auf d. Anschauungen in d. allg. Pathologie. Grenzgeb. in d. Med. p. 302.

v. Baumgarten, Ueber Hämolysine, Bakteriolysine u. Opsonine. Münchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Baumgartner, Erich, Mikroorganismen d. Mundhöhle. Oestorr.-ungar. Wchnschr. f. Zahnhkde. XXIV. 2. p. 434.

Bennett, William, On some clinical aspects of pain. Brit. med. Journ. July 4.

Bergey, D. H., Factors determining the coagulation of blood serum by bacteria. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 97.

Bertrand, Gabriel, Recherches sur la mélanogénèse; action de la tyrosinase sur la tyrosine. Ann. de l'Inst. Pastour XXII. 5. p. 381. Mai.

Besche, Arentde, Multiple kancere. Norsk Mag. f. Lägevideusk. 5. R. VI. 6. s. 533.

Besredka, Du mécanisme de l'anaphylaxie vis-à-vis du sérum de cheval. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 6. p. 496. June.

Böhmo, A., Untersuchungen über Opsonine. Münchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Bogoljuboff, W., u. P. Owtschiernikow, Zur Frage über d. Implantation embryonaler Gewebe. Virchow's Arch. CXCII. 3. p. 474.

Bonnoy, Victor, On the connective tissue in carcinoma and in certain inflammatory states that precede its onset. Lancet May 16. 23. 30.

Borrel, Le problème étiologique du cancer. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 6. p. 509. Juin.

Breinl, Anton, and Edward Hindle, Contributions to the morphology and life history of piroplasma canis. Ann. of trop. Med. II. 3. p. 233. July.

Brieger, L., u. Joh. Trebing, Ueber d. antipyret. Kraft d. menschl. Blutserums, insbes. b. Krebskrankon. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 22.

Brieger, L., u. Joh. Trebing, Weitere Untersuchungen über d. antitrypt. Kraft d. menschl. Blutserums, insbes. b. Krebskrankon. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29.

Bryant, W. Sohier, Air-borne infection. New York med. Record LXXIII. 20. p. 816. Mai.

Carapelle, Eduardo, Ueber d. Anpassung d. Bakterien an d. bakteriolyt. Eigenschaft d. Blutserums. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 7.

Cheyne, W. Watson, On the defensive arrangements of the body as illustrated by the incidence of disease in children and adults. Lancet June 27.

Christian, Henry A., The histology of multiple myeloma. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 617. May.

Cooper, C. M., Fallaciousness of so-called pathognomonic signs. Calif. State Journ. of Med. VI. 5. p. 172. May.

Conradi, H., Ein einfaches klin. Verfahren zur Züchtung d. Meningokokken. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Cornil, V., et P. Coudray, Quelques variétés d'ostéomes et d'exostoses envisagées particulièrement au point de vue anatomo-pathologiques. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XLIV. 3. p. 123. Mai—Juni.

Crile, George W., The cancer problem. New York med. Record LXXIII. 23. p. 929. June.

Davidsohn, Carl, Untersuchungen über d. Aetiologie d. Amyloids. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 226.

Doetjen, H., Spirochaeten b. Krebsgeschwülsten d. Mäuse. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Digitized by Google

Dietrich, Ueber granulomartiges Sarkom der Lymphdrüsen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Dieudonné, A., Immunität, Schutzimpfung u. Serumtherapie. 5. Aufl. Leipzig. VII u. 234 S. 6 Mk. 80 Pf.

Dold, Hermann, Ist d. *Müller*'sche Verfahren d. Unterscheidung d. tuberkulösen Eiters von Kokkeneiter mittels d. *Milton*'schen Reagens brauchbar? Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Eckersdorlf, Casuist. Beiträge zum Vorkommen von Bacillen d. Paratyphus-(Hog-Cholera)Gruppe. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. zu Frankf. a. M. 4. p. 61.

Ehrlich, P., Experimentelle Carcinomstudien an Mäusen. Grenzgeb. d. Med. p. 122.

Eisenberg, Philipp, Des leucocidines et hémolysines chez les anaérobies. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 5. p. 430. Mai.

Eisler, M. v., u. M. Sohma, Untersuchungen über d. Opsoningehalt d. Blutes gesunder immunisirter Mütter u. Neugeborener. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 19.

Ellermann, V., u. O. Bang, Experimentelle Leukämie b. Hühnern. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. e. w. XLVI. 7.

Ellermann, V., og A. Erlandsen, Om en rationel Fremgangsmaade til Paavisning af Tuberkelbaciller i Urinen. Hosp.-Tid. 5. R. I. 30.

Ellermann, V., og A. Erlandsen, Paavisning af Tuberkelbaciller i Expektorat. Hosp.-Tid. 5. R. I. 18.

Emmerich, Rudolf, u. Oskar Löw, Sind d. bakteriellen Bestandtheile d. Pyocyanase Lipoide? Mit Bemerkungen von *Raubitschek* u. *Viktor Russ* u. *Karl Landsteiner*. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Ernst, T., Ueber einen anfangs atypischen Typhusstamm. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. zu Frankf. a. M. 4. p. 57.

Fermi, Claudio, Immunisirung d. Muriden durch Fütterung mit Wuth- u. mit normaler Nervensubstanz gegen d. nachfolgende subcutane Infektion mit Strassenvirus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 2. p. 221.

Field, Cyrus W., Further observations on the precipitation of inorganic colloids by sera. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. 3. p. 61.

Fischel, Walter, Ueber d. hämolyt. Reaktion d. Blutserums b. malignen Geschwülsten. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18.

Fischer, Ueber ein Agglomerationsphänomen im Blute mit Recurrensspirochaeten inficirter Mäuse. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 8.

Fischler, Ueber experimentell erzeugte Lebercirrhose. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 4. p. 427.

Flexner, Simon, The uerve pathology. Proceed. of tho pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 47.

Flexner, Simon, and J. W. Jobling, Further notes on a rat tumor. Proceed. ol the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 91.

Fornace, Luigi, Su di une cromo-reazione del siero di sangue. Rif. med. XXIV. 29.

Frangenheim, Paul, Die Wirkung d. Stauungshyperämie im Thierexperiment. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24.

Freymuth, F., Ueber d. Hämolyse d. Streptokokken. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 21.

Fromme, F., u. Th. Heynemann, Ueber d. Hämolyse der Streptokokken. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Gaehtgene, Walter, Ueber d. Beschleunigung d. Agglutination durch Centrifugiren, mit besond. Berücksicht. d. Meningokokkenagglutination. Arch. f. Hyg. LXVI. 4. p. 377.

Galli-Valerio, Bruno, Recherches expérimentales sur une sarcine pathogène. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 2.

Gay, Frednrick P., The change of corpuscle resistance in the blood of immunized animals, coincident with the formation of anti-bodies. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. 3. p. 59.

Gay, F. P., and E. E. Southerd, The relative specifity of anaphylaxis. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 83.

Giemsa, G., u. S. Prowazek, Weitere Untersuchungen über sogen. ultramikroskop. Infektionserreger. Zur Filtration d. Hühnerpestvirus. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Gougerot, H., Reproduction expérimentale de la typhobacillose de *Landouzy*. Revue de Méd. XXVIII. 7. p. 653.

Guttmann, Gehäuftes Vorkommen von Krebs im Dorfe Nordleda (Kreis Hadeln). Vjhrschr. f. gerichtl. Med. XXXVI. 1. p. 152.

Haherer, Hans v., Experimentelle Verlagerung d. Nebenniere in d. Niere. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. p. 399.

Halsted, W. S., Transplantation of the parathyroid glands. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 4 a. 5. p. 109. — Proceed. of the Soc. of experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 74.

Harston, L. C. R., and A. B. Soltau, A case of ochronosie. Brit. med. Journ. May 23.

Hartoch, O., u. W. Yukimoff, Zur Frage d. Complementbindung b. experimentellen Trypanosomosen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 21.

Hartzell, M. B., A further contribution to the study of benign cystic epithelioma. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 225.

Harvey, W. Geoffry, On the pathological effects of Röntgen rays on animal tissues. Journ. of Pathol. a. Bakteriol. XII. 4. p. 549. April.

Heimann, A., Vergleich. Untersuchungen über d. Complementbestand im Körper natürl. u. künstl. ernährter Thiere. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 50.

Hertx, Richard, Beitrag zur proteolyt. Wirkung d. sterilen Eiters. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Herz, Albert, Zur Kenntniss d. Myeloms. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 23. 24.

Holzapfel, Karl, Verbrennungserscheinungen am Epithel. Scheinbare Aneplasie von Krebszellen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 276.

Homburger, August, Zur Lehre von d. Strukturformen d. patholog. faserigen Neuroglia. Frankf. Ztschr. f. Pathol. II. 1. p. 100.

Horinchi, T., Ueber einen neuen Bacillus als Erreger eines exanthemat. Fiebers in d. Mandschurei während d. japan.-russ. Krieges: Bacillus febris exanthematicae Mandschuricae. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 7.

Horn, Oskar, Statist. u. casuist. Mittheilungen aus d. Secirsaale d. communalen Krankenhauses Öresund in Kopenhagen. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 361.

Hottinger, Robert, Bacillus suipestifer. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 1—2.

Hübener, Ueber d. Vorkommen von Bakterien d. Paratyphus-B-Gruppe in d. Aussenwelt. Deutsche med. Wchnschr. XXI. 26.

Jacobson, G., Contribution à l'étude de la flore normale des selles du nourrisson. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 4. p. 300. Avril.

Jager, L. de, Mutatie bij bacterien. Nederl. Weekbl. I. 18.

Jentzer, Fritx, Etude expérimentale sur les tératomes par greffe d'embryons conservés extra corpus. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 5. p. 329. Mai.

Illman, G. Morton, and Herry A. Duncun, The opsonic treatment of disease. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 26. p. 1228. June.

Immunität s. III. *Dieudonné, Eisler. Fermi, Gay, Landsteiner, Liebermann, Miller, Neufeld, Sohma, Weichardt, Yukuhara.* IV. 3. *Albrecht.* X. *Reis.* XV. *Arndt.*

Jochmann, G., u. G. Lockemann, Darstellung

u. Eigenschaften d. protcolyt. Leukocytenferments. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 11 u. 12. p. 449.

Isolin, Hans, Wachsthumshemmung in Folge von Parathyreoidektomie b. Ratten. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 494.

Kämmerer, Hugo, Versuch einer neuen klin. Methode d. Opsoninbestimmung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20. 28.

Kentzler, Julius, u. Julius Benczur, Agglutination b. Mischinfektion. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 2.

Koy, Einar, Om påvisande af tuberkelbaciller i urin. Hygiea 2. F. VIII. 5. s. 453.

Kidner, F. C., Sarcoma and carcinoma in the same patient. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 22. p. 836. May.

Klein, E., On the nature and causes of taint in miscured hams (bacillus foedans). Lancet June 27.

Klieneberger, Carl, u. Harry Scholz, Ueber d. Beeinflussung d. proteolyt. Leukocytenfermente durch menschl. Blutsera u. über d. diagnost. Bedeutung solcher Antifermentwirkungen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 3. p. 318.

Knaffl-Lenz, Erich v., Ueber d. Beziehungen zwischen Lipoidvorflüssigung u. Cytolyse. Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 279.

Knapp, Paul, Experim. Beitrag zur Ernährung von Ratten mit künstl. Nahrung u. zum Zusammenhange von Ernährungsstörungen mit Erkrankungen d. Conjunctiva. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 147.

Kneepfolmacher, W., u. H. Lehndorff, Complementablenkung b. Müttern heredo-luet. Säuglinge. Beibl. z. d. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 3. p. 58.

Kolle, W., u. P. Schatiloff, Untersuchungen über Complementbindung b. Recurrenserkrankungen d. Menschen u. experiment. Recurrens-Spirochaeten d. Mäuse u. Ratten. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Konkle, W. B., The management of self limited diseases. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 22. p. 1010. May.

Konrich, Ueber einen atypischen Meningococcus. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24.

Kornfeld, Ferdinand, Ueber Coliurie u. Colitoxämie. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 22. 24.

Korshet, Morris, Malnutrition. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 21. p. 985. May.

Kraus, R., Ueber d. Beziehungen d. sogen. Endotoxine zu d. Toxinen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 26.

Krans, R., Ueber Beziehungen d. Antitoxingehaltes antitox. Sera zu deren Heilwerth. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Kraus, R., u. R. Doerr, Ueber d. Verhalten d. Hühnerpestvirus im Centralnervensysteme empfängl., natürl. u. künstl. unempfängl. Thiere. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 8.

Krans, R., u. R. Doerr, Ueber Bakterienanaphylaxie. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Kraus, R.; R. Doerr u. Sohma, Ueber Anaphylaxie, hervorgerufen durch Organextrakte (Linsen). Wien. klin. Wchnschr. XXI. 30.

Krebs s. III. *Besche, Bonney, Borrel, Brieger, Crile, Deetjen, Ehrlich, Guttmann, Hartzell, Holzapfel, Kidner, Orth, Reclus, Salomon, Savidge, Schnitzler, Stierlin, Wys.* IV. 3. *Wirth;* 5. *Cummins, Rodman;* 9. *Bellin, Benckiser, Czerny, Falk, Hofbauer, de Keating, Leopold, Necker, Rosenkranz, Wiesner;* 10. *Reitmann.* V. 2. a. *Fells, Hudson, Paul;* 2. c. *Cavaillon, Coons, Kelly, Mc Williams, Morton, Moynihan, Steinthal, Tilp, Voeckler, White;* 2. d. *Gilpatrick;* 2. e. *Berger.* VI. *Albrecht, Bircher, Faure, Hartmann, Howitz, Labusquière, Weibel.* VII. *Dukeman.* XI. *Hébot.* XVIII. *Lipschütz.*

Krumbein u. T. Schatiloff, Untersuchungen über d. Meningokokkenserum. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Kuenen, W. A., Beschouwingen naar anleiding van de lijkopeningen in het hospitaal der Deli-Maatschappij te Medan gednrade het jar 1907. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 2. blz. 248.

Läwen, A., Experiment. Untersuchungen über d. Verhalten röntgenisirter Thiere gegen bakterielle Infektionen, unter besond. Berücksicht. d. Bildung specif. Antikörper. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 141.

Landsteiner, K., u. W. Pauli, Elektr. Wanderungen d. Immunstoffe. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 18.

Latzel, Robert, Ein Fall von Morbus *Bamberger* [Polyserositis]. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Lefas, E., Note sur les granulations neutrophiles. Arch. de Méd. expérim. XX. 3. p. 289. Mai.

Lefmann, G., Zur Kenntniss d. Giftsubstanzen d. artfremden Blutes. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 255.

Levaditi, C., et A. Rosenbaum, Action des substances hémolytiques sur les protozoaires, les spirochètes et les vibrions. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 4. p. 323. Avril.

Lewis, Paul A., Note on anaphylaxis to horse serum. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 95.

Libman, E., and J. Rosenthal, The action of bile on the pneumococcus, streptococcus and streptococcus mucosus. Proceed. of the New York pathol. Soc. N. S. VIII. 1 a. 2. p. 40.

Liebermann, G. v., u. B. v. Fenyvessy, Ueber seifenart. Verbindungen als Complemente. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Liebermann, L. v., u. B. v. Fenyvessy, Isolirung u. Reinigung d. Immunkörper hämolyt. Immunsera. Centr.-Bl. f. Bakteriol. XLVII. 2.

Liepmann, W., Bakteriologie u. Prognose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 22.

Loele, W., Beitrag zur Morphologie d. Aktinomycesdruse. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 2. p. 227.

Loncope, Warfield T., The influence of blood serum upon autolysis. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 111.

Looss, A., What is schistosomum Mansoni Sambon 1907? Ann. of trop. Med. II. 3. p. 153. July.

Lubenau, C., Zur Säurebildung d. Diphtheriebacillen. Arch. f. Hyg. LXVI. 4. p. 305.

Lüdke, Hermann, Ueber d. Chylurie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 26.

Mace, L. S., Reaction of anaphylaxia. Calif. State med. Journ. VI. 5. p. 174. May.

M'Gowan, J. P., In vivo experiments with complement. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XII. 4. p. 519. April.

Magnus, Vilhelm, Pathologisk embryologi. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 7. s. 670.

Marie, A., et Tiffeneau, Etude de quelques modes de neutralisation des toxines bactériennes. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 4. p. 289. Avril.

Marks, Lewis Hart, Fütterung von Mäusen mittels Magensonde. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. zu Frankf. a. M. 4. p. 29.

Marks, Lewis H., Fütterungsversuche an Mäusen mit einem Bacillus d. Paratyphusgruppe. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. zu Frankf. a. M. 4. p. 35.

Marks, L. H., Zur Technik d. *Widal*'schen Reaktion. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. zu Frankf. a. M. 4. p. 45.

Mathes, P., Beobachtungen an mit Placentasaft durchströmten Hundenieren. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 108.

Meyer, Kurt, Ueber d. Mechanismus d. Saponinhämolyse. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 10. p. 357.

Meirowsky, Zur Frage d. Ursprungs d. Mastzellengranulationen. Folia haematol. VI. 1. p. 42.

Merkel, Hermann, Die feineren Vorgänge b. d.

Digitized by Google

schleimigen Umwandlung von Knorpelgeschwülsten. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLIII. 3. p. 485.

Merz, G. F., on M. Blüml, Schizogonie der makrogamoten van tertianaparasiten. Geneesk. Tijdschr. voor Nedorl. Indië XLVIII. 2. blz. 194.

Meschezadimenko, M. P., Ueber eine besondere Streptothrixart b. d. chron. Eiterung d. Menschen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 7.

Meyer, Kurt, Ueber d. Einfluss einiger Eiweisskörper u. anderer Colloide auf d. Hämolyse. Arch. f. Hyg. LXV. 4. p. 292.

Meyer, Kurt, Ueber d. phagocytosebefördernden Substanzen d. Blutserums. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20.

Milhit, J., Passage des opsonines de la mère au fœtus. Gaz. des Hôp. 71.

Miller, E. C. L., Some simple laboratory devices. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. LXVI. 8.

Miller, John Willoughby, Ueber Complementbindung b. Immunisirung mit Corpus luteum. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 7.

Millnr, John Willoughby, Ueber Lebererkrankungen nach intravenösen Adrenalininjektionen b. Kaninchen. Med. Klin. IV. 25.

Moll, Leopold, Ueber d. Verhalten d. jugendl. Organismus gegen artfremdes Eiweiss u. über seine Fähigkeit, Antikörper zu bilden. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 1. p. 1.

Moore, Benjamin; Maximilian Nierenstein and John Lancelot Told, Notes on the effects of therapeutic agents on trypanosomes in respect to acquired resistance of the parasites to the drug and changes in virulence of the strains after escape from the drug. Ann. of trop. Med. II. 3. p. 221. July.

More, Ernst, u. Albert Uffenheimer, Die Einwirkung menschl. Lymphe auf d. Tuberkelbacillus. Arch. f. Hyg. LXVI. 3. p. 273.

Moss, W. L., A recent visit to some of the medical laboratories abrod. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 208. p. 188. July.

Much, H., u. F. Eichelberg, Die Complementbindung mit wässrigem Luesextrakt b. nicht syphilit. Krankheiten. Med. Klin. IV. 18.

Müllnr, Paul Th., Technik d. serodiagnost. Methoden. Jena. Gustav Fischer. 8. VI u. 55 S. (durchschossen). 1 Mk. 50 Pf.

Murray, M. A., Diagnosis and treatment based on visceral reflexes. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 71. May.

Nnwiasky, P., Ueber d. Umsetzung von Aminosäuren durch Bac. protous vulgaris. Arch. f. Hyg. LXVI. 3. p. 209.

Negri, A., Beobachtungen über Sarkosporidien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 1.

Neisser, M., Ein Absticb- u. Zählapparat f. Bakteriencolonien. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. zu Frankf. a. M. 4. p. 51.

Neisser, M., u. Guerrini, Ueber Opsonine u. Leukostimulantien. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. zu Frankf. a. M. 4. p. 5.

Neufeld, F., Ueber bakteriotrope Immunstoffe. Med. Klin. IV. 19.

Nenfeld, F., Ueber d. Grundlagen d. *Wright*'schen Opsonintheorie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 21.

Neumann, Kurt, Beitrag zur Biologie d. Erregers d. Kälberruhr. — Colibacillosis. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 8.

North, Charles E., A preliminary note on the disinfection of body cavities by injection of suspensions of living non-pathogenic bacteria. New York med. Record LXXIII. 24. p. 989. June.

Novy, F. G., The role of protozoa in pathology. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 1.

Nowak, Jules, Le bacille de *Bang* et sa biologie. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 6. p. 541. Juin.

Örum, H. P. T., Quantitative Blutuntersuchungen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 4. p. 356.

Ohno, Y. K., An investigation of the quantitative relationships between agglutinin, agglutinoid and agglutinable substances. Philipp. Journ. of Sc. III. 1. p. 47.

Orth, J., Zur Bezeichnung d. bösart. epithelialen Neubildungen. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 11.

Pappenheim, A., Zur Bakterien-Leukocyten-Doppelfärbung b. Studien über Phagocytose (Bakteriotropismus u. Opsonisation). Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Parlavecchio, G., Ein Fall von leukäm. Lymphadenie von endotheliomatöser Natur. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 8. p. 738.

Petersen, R. Kjer, Opsoniner. Hosp.-Tid. 5. R. I. 25. 26.

Pflüger, Eduard, Durch neue Experimente gestützte Bemerkungen zu d. jüngsten Arbeiten über d. Duodenaldiabetes d. Hundes. Arch. f. Physiol. CXXIII. 7 u. 8. p. 323.

Pirquet, C. v., Ueber d. Verhalten d. menschl. Haut gegen verschied. bakterielle Giftstoffe. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25.

Prowazek, S., Bemerkungen zur Kenntniss der pathogenen Mikroorganismen Chlamydozoa. Munchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Rabinowitsch, Marcus, Impfversuche mit spirillenhalt. Blute. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 7.

Raymond, F., On the so-called family-diseases: promature physiological senescence localised to certain organic systems. Brit. med. Journ. July 4.

Reclus, 2 nouvelles observations d'epithéliomas en surface, développés sur une muqueuse leucoplasique. Gaz. des Hôp. 64.

Reicher, Karl, Chem.-experiment. Studien zur Kenntniss d. Narkose. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 235.

Ribbert, Hugo, Lehrbuch d. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie. 3. Auflage. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. VIII u. 791 S. mit 827 Figg. 16 Mk.

Richet, Charles, De l'ansphylaxie et des toxogenines. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 6. p. 465. Juin.

Rimpau, W., Zur Frage d. Verbreitung d. Bacillen aus d. Paratyphusgruppe. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 24.

Rivas, D., Contribution to the differentiation of B. coli communis from allied species in drinking water. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 147.

Rössle, Robert, Bericht über d. Verhandlungen d. deutschen pathol. Ges. auf d. 12. Tagung, Kiel 23. bis 25. April 1908. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 10.

Rosenau, M. J., The thermal death points of pathogenic micro-organisms in milk. Washington. Governm. Printing Office. 8. 85 pp.

Rosenau, J., and John F. Anderson, The standardization of tetanus mutitoxin. Hyg. Labor. Bull. 43. p. 5.

Rosenthal, Werner, Untersuchungen über d. Filtration von Hühnerpestvirus u. von feinsten Bakterien u. über d. Eigenschaften poröser Filter. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 2. p. 169.

Röthe, Ueber d. Verwendung verschiedener Zuckernährboden zur Differentialdiagnose d. Gonokokken. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 7.

Royer, Franklin, Hypersusceptibility of man to horse serum. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 6. p. 383. June.

Ryfkogel, H. A. L., Fungus coccidioides. Calif. State Journ. of Med. VI. 6. p. 206. June.

Sabouraud, R.; A. Suis et F. Suffran, Fréquence du microsporon caninum et lanosum chez le chien et chez l'homme. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IX. 6. p. 321.

Sachs, Hans, Des modifications du sérum sanguin par le chauffage. Semaine méd. XXVIII. 26.

Salomon, Ernst, Zur Unterscheidung d. Streptokokken durch kohlehydrathaltige Nährböden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s w. XLVII. 1.

Salomon, H., Ueber d. antitrypt. Kraft d. Blutserum, insbes. b. Krebskranken. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Salus, Gottlieb, Wirkungen normaler Sera auf d. Organismus. Med. Klin. IV. 27.

Salvin-Mooro, J. E.; Anton Breinl und Edward Hindle, The life history of trypanosoma Lewisi. Ann. of trop. Med. II. 3. p. 197. July.

Suvidge, Eugene Coloman, The cancer problem. New York med. Record LXXII. 18. p. 717. May.

Saxon, Gordon J., A study of the bile in the experimental production of colitis in animals. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 94. May.

Scheel, Olaf, Ueber Nebennieren. Sekretkörnchen — Oedem — Gewicht. Virchow's Arch. CXCII. 3. p. 494.

Schmorl, Mittheilung zur Spirochaetenfrage. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 28.

Schneider, Rudolf, Ueber d. Präexistenz d. Alaxins im cirkulirenden Blute. Gleichzeitig ein Beitrag zur Frage d. Blutgerinnung u. d. Alexingehalts d. Humor aqueus. Arch. f. Hyg. LXV. 4. p. 305.

Schnitzler, Julius, Zur Klinik d. Carcinome. Med. Klin. IV. 26.

Schöne, Christian, Specif. complementbindende Stoffe im Blutserum von Typhusbacillenträgern. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Schraiber, L., u. F. Wongler, Ueber Wirkungen d. Scharlachols auf d. Netzhaut. Mitosenbildung d. Ganglienzellen. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 13.

Schütze, Albert, Zur Frage d. Specificität d. Organ-Antigens. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 383.

Schütze, Harrie, Beiträge zur Kenntniss der thermophilen Aktinomyceten u. ihre Sporenbildung. Arch. f. Hyg. LXVII. 1. p. 35.

Schultz, Werner, u. Raffaele Chiarolanza, Untersuchungen über d. proteolyt. Antiferment. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Semple, D., On the preparation and use of antirabic serum. Lancet June 6.

Shoemaker, Harlan, Bacterial vacciness of staphylococcic strains. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 4 a. 5. p. 128.

Sittler, Paul, Beiträge zur Bakteriologie d. Säuglingsdarms. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 1. 2.

Sohma, M., Ueber d. Varhalten d. Hämotropine immunisirter Mutter u. deren Jungen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 21.

Steale, J. Dutton, Experimental observations upon the value of intestinal antiseptics. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 139.

Stein, Robert, Die Plattencultur d. Streptobacillen d. Ulcus molle. Centr.-Bl. f. Baktoriol. u. s. w. XLVI. 8.

Sternberg, Carl, Ueber d. Erzaugung von Antikorpern durch rectale Einverleibung d. Antigene u. über d. Resorption rectal angebrachter Antikorper. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20.

Stickar, Anton, Die Beeinflussung bösart. Geschwulste durch Atoxyl u. fremdart. Eiweiss. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Stierlin, R., Ueber Carcinomfieber. Schwaiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 9.

Stock, W., Ueber experiment. hämatogene Erkrankungen d. Auges u. seiner Adnexe b. Kaninchen durch pathogeno Hafen. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. XLIII. 3. p. 470.

Strubell, Ueber opson. Technik. Deutsche med. Wchnschr. XXXVIII. 19.

Takaki, Kanji, Ueber Tetanusgift bindende Bestandtheile d. Gehirns. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 288.

Taylor, Alonzo E., The dynamic point of view in pathology. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 29.

Taylor, Logan, and John H. Teacher, Dublo tumours. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XII. 4. p. 410. April.

Teacher, John H., On the development of natural healing of secondary tumours of chorion epithelioma malignum. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XII. 4. p. 487. April.

Viala, J., Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1907. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 6. p. 557. Juin.

Vincent, H., Etude expérimental sur le sort de la toxine tétaniqua dans le tube digestif. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 4. p. 341. Avril.

Volpino, Gnido, Il problema doi cosidetti virus filtrabili. Rif. med. XXIV. 22.

Wallgrun, Axel, Beitrag zur Kenntniss d. Pathogenese d. experiment. Lebertuberkulose. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 12.

Walters, Ueber d. Epithelioma adenoides cysticum (*Brooke*). Dermatol. Ztschr. XV. 7. p. 443.

Walton, George L., Certain common disorders frequently misinterpreted. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 21. p. 791. Mai.

Weichardt, W., Ueber neue Methoden d. Immunitätsforschung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20.

Weichardt, Wolfgnng, Ueber d. sogeu. nichtbakteriallan Aggressine. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 8.

Wiener, E., Spermakonien. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25.

Wilson, W. James, The differentiation of certain Gramm-negative cocci occuring in cases of cerebrospinal meningitis by their morphology and power of growth on the *Drigalski-Conradi* medium. Lancet June 20. p. 1796.

Wirtz, R., Eine einfache Art d. Sporenfärbung. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 8.

Wnlff-Eisner, Alfred, Die Bindungsverhältnisse d. Organgewebe gegenüber Toxinen u. ihre klin. Bedeutung f. Incubation u. natürl. Immunität. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 1. 2.

Wolff-Eisner, A., Ueber Versuche mit verschied. Tuberkelbacillenderivaten. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Woodruff, Lnrandu Loss, Increased susceptibility nf protozoa to poison due to treatment with alcohol. Proceed. of the Soc. of Biol. a. Med. V. 4. p. 82.

Wys, M. Oskar, Znr Entstehung primärer Carcinome. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 6. p. 537.

Yukuhara, Y., Experiment. Beiträge zur Antikörperbildung b. immunisirten Thieren. Arch. f. Hyg. LXV. 4. p. 275.

S. a. IV. 1. Brugsch; 2. Banmann, Busse, Conradi, Cromper, Czastka, Damann, Dolla Vida, Joslin, Konradi, Konrich, Lüdka, Milligan, Nieter, Rosenbergor, Sanerbeck, Sargo, Silberberg; 3. Knox, Pollak, Schrötter; 4. Bomhard, Fulci, Newicke, Ritter; 5. Sandberg, Smith; 6. Chute; 7. Rantenberg; 8. Curchill, Fichera, Fox, Huber, Konaraw, Rihierre; 9. Engel, Fornet; 10. Chajas, Eitner, Ganchar, Glaesor, Lenohle; 11. Blumenthal, Ehrlich, Klausnar, Krzystalowicz, Much, Plaut; 12. Walsh. V. 2. e. Ferrari. VI. Anspnoh, Blnmenthal, Bronner, Chiage, De Wald, Gandiar, Schaumstnin. VII. Albeck, Boos, Herff, Hoke, Pfaundler. VIII. Harxheimer. IX. Damage. X. Baquis, Dorfmann, Fuchs, Ginsberg, Kuwahara, Morax, Reis, Snell. XI. Bloch, Curtis, Goodale, Schilling. XIII. 1. Schwarzmann; 2. Breinl, Carta, Deutschmann, North, Salomon, Walf; 3. Riomer, Sturli. XV. Gage, Stokvis. XVIII. Kutschera. XIX. Irish.

Digitized by Google

IV. Innere Medicin.

1) *Allgemeine Medicin. Propädeutik.*

Brugsch, Theodor, u. Alfred Schittenhelm, Lehrbuch klin. Untersuchungsmethoden. Mit einem Beitrage: Klin. Bakteriologie, Protozoologie u. Immunodiagnostik; von *J. Citron*. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8 XI u. 939 S. mit 341 Textabbild. u. 9 Taf. 20 Mk.

Congress f. innere Medicin vom 6.—9. April zu Wien. Munchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Ebstein, Wilhelm, Einige Bemerkungen zur Tastperkussion. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Fischer, Joseph, Die auskultator. Blutdruckmessung im Vergleich mit d. oscillator. von *Heinrich von Recklinghausen* u. ihr durch d. Phasenbestimmung bedingter klin. Werth. Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 26.

Hampeln, P., Ueber Sternalschmerzen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18.

Hauser, Arthur, Die Perkussion d. Herzens u. d. Lungenspitzen. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Herz, Max, Ein einfacher Behelf zur Orientirung im Orthodiagramm. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 21.

Klemperer, G., Congress f. inn. Med. in Wien, 6.—9. April. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 5. p. 211.

Kretzschmar, Ein prakt. ärztl. Untersuchungsinstrument. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Leale, Medwin, Some considerations in the management of burns and scalds in infants and children. New York med. Record. LXXIII. 19. p. 770. May.

Looning, Bericht über d. 25. Congress f. innere Medicin in Wien. Fortschr. d. Med. XXVI. 13. 16. 17. p. 385. 481. 518.

Mering's, J. v., Lehrburh d. inneren Medicin; herausgeg. von *L. Krehl*. 5. Aufl. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. XVI u. 1236 S. mit 6 Taf. u. 236 Abbild. im Text. 13 Mk.

Müller, Friedrich, Der Ausbau d. klin. Untersuchungsmethoden. Grenzgeb. in d. Med. p. 220.

Schirmer, XXV. Congress f. innere Medicin vom 6.—9. April zu Wien. Centr.-Bl. f. inn. Med. XXIX. 19. — Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18—21. 23. 24. 25.

S. a. I. *Chem. Untersuchungen*. XX. Mears.

2) *Allgemeine Infektionskrankheiten.*

Albers-Schönberg, Die Lungentuberkulose im Röntgenbilde. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Allen, Dell B., Treatment of erysipelas. New York u. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 2. p. 70. July.

Amrein, O., Zur Auskultation d. Flüsterstimme, speciell bei Lungentuberkulose. Schweiz. Centr.-Bl. XXXVIII. 10.

Arbogast, Ueber eine b. d. Inspektion d. Scapula häufig sichtbare, zur Diagnose d. Lungenphthise mit verwerthbare Erscheinung. Ztschr. f. Tub. XII. 4. p. 302.

Armaingaud, Quelles sont les causes réelles de la décroissance progressive des décès, par tuberculose pulmonaire, dans les 20 dernières années à Berlin, London, New York, Vienne et Paris. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 27. p. 13. Juillet 7.

Arnold, V., Ueber d. Therapie d. übertragbaren Genickstarre. Centr.-Bl. f. inn. Med. XXIX. 19.

Ashburn, P. M., and Charles F. Craig, A comparative study of tsutsugamushi diseases and polledor tick fever of Montana. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 20. p. 749. May.

Aubert, P., Sur une épidémio familiale de rubéole. Lyon méd. CX. p. 1030. May 10.

Baginsky, Adolf, Die jüngste Diphtherieepidemie u. d. Serumtherapie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27. 28.

Bahrdt, Hans, Experimentelle Untersuchungen über d. Tuberkulinreaktion. Deutsche Arch. f. klin. Med. XCIII. 3. p. 232.

Balen, Auke van, Een nieuwe techniek der tuberculine-inspuiting. Nederl. Weekbl. II. 2.

Bang, Sophus, Vorschlag einer Erweiterung d. *Turban*'schen Stadieneintheilung. Ztschr. f. Tub. XII. 5. p. 384.

Bang, Sophus, Das Eintragen d. Lungenbefunde in Schemata. Ztschr. f. Tub. XII. 5. p. 389.

Bannerman, W. B., Recent researches into the etiology of plague in India. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 5. p. 417. May.

Barnay, Chas. N., and Roger Brooke, The ophthalmoreaction to tuberculin. New York med. Record LXXIV. 3. p. 96. July.

Bass, Eduard, Die Typhusepidemie in d. Garnison Laibach im Sommer 1907. Militärarzt XLII. 8. 9. 10.

Bassengo, R., Ueber d. Gewinnung von Typhustoxin durch Lecithin u. dessen immunisirende Wirkung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 29.

Bassett-Smith, P. W., Kala-azar in the royal navy. Brit. med. Journ. May 2.

Baumann, E., u. W. Rimpau, Bakteriolog. Blutuntersuchungen b. Typhus, insbes. durch d. Gallecultur. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 1.

Becker, F., Gesundheitspolizeil. Maassnahmen gegen Tuberkulose in Massenquartieren. Vjhrschr. f. prakt. Med. XXXVI. 1. p. 195.

Beiträge zur Klinik d. Tuberkulose, herausgeg. von *Ludolph Brauer*. IX. 3. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.) Gr. 8. S. 261—435. 6 Mk.

Beitzke, H., Neuere Arbeiten über d. Infektionswege d. Tuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Belfanti, S., Ueber antitox. u. antimikrob. (bivalentes) Diphtheriesenum. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 2.

Benedict, A. L., The ophthalmic tuberculin test. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 26. p. 1233. June.

Berg, Henry W., The differential diagnosis of meningococcus cerebrospinal meningitis from other types of cerebrospinal meningitis. New York med. Record LXXIII. 22. p. 887. May.

Bernart, William F., Mercury and tuberculosis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 26. p. 1236. June.

Bernheim, Samuel, et Dieupart, Raffinours et tuberculose. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 28. p. 57. Juillet 15.

Beschornor, Die Stellung d. Fürsorgestelle für Lungenkranke im Kampfe gegen d. Tuberkulose. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 148.

Bigg, Edward, Traumatic tetanus beginning with clonic spasms. Brit. med. Journ. May 9. p. 1108.

Biron, S. E., Zur Frage d. Complikation d. Abdominaltyphus mit Gangrän d. Extremitäten. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20.

Blumenthal, Philipp, Beitrag zur Frage der Diphtherieantitoxingewinnung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Bluth, Gustav, Nochmals zum Capitel: Keuchhusten u. Kurorte. Med. Klin. IV. 25.

Boekenheimer, Ph., Ueber d. Behandlung d. Tetanus auf Grund experiment Studien, insbes. über d. Attraktion d. Tetanustoxins zu d. lipoiden Substanzen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. p. 277.

Böing, Die Pocken in Preussen 1889—1905. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 25. 26.

Bohne, Albert, Ein Fall von Febris recurrens Americana. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 11. p. 343.

Bordas, Rôlo des anophèles dans la transmission du paludisme. Bull. de Thér. CLV. 17. p. 644. Mai 8.

Boyé, G., et L. Panissot, Fièvre aphtheuse. Gaz. des Hôp. 84.

Braatz, Egbert, Histor. Notiz über d. Behandl. der durch d. Biss wuthkranker Thiere entstandenen Wun-

den mit Saugbehandlung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Broden, A., et J. Rodhain, Traitement de la trypanosomiase humaine. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 14. p. 443.

Brücknor, Max, Ueber Diphtherie. Schmidt's Jahrbb. CCXCIX. p. 51.

Brückner, Max, Ueber Scharlach. Schmidt's Jahrbb. CCXCIX. p. 159.

Bunzl, Viktor, Neuere Arbeiten über Erysipel. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XI. 9. 10. 11.

Burckhardt-Socin, O., u. W. Schlagintweit, Miliartuberkulose u. Sepsis mit ungewöhnl. Ausgangspunkte u. bemerkenswerthen Metastasen. Deutsche med. Wchnschr.. XXXIV. 24.

Busse. Otto, Ueber d. Vorkommen von Typhusbacillen im Blute von nicht typhuskranken Personen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Caan, Albert, Ueber additive Cutanreaktionen b. nachträgl. subcutaner Tuberkulinverwendung. Med. Klin. IV. 24.

Calmette, A., Les voies normales d'infection tuberculeuse. Nederl. Weekbl. II. 1.

Calmette, A., et Breton, Etat actuel de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose infantile en France. Echo méd. du Nord XII. 23.

Cameron, A. F., Horse-pox directly transmitted to man. Brit. med. Journ. May 30.

Caravia, Eugene, Note on *Deutschmanns* serum against infectious diseases. New York med. Record LXXI. 83. p. 101. July.

Catz, Albert, Le sérum antituberculeux de *Marmorek*. Progrès méd. 3. S. XXIII. 26.

Chagas, Carlos, Beitrag zur Malariaprophylaxe. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 2. p. 321.

Chantemesse, Les perforations intestinales de la fièvre typhoïde et leur traitement. Progrès méd. 3. S. XXXIII. 20.

Chapelin, Albert de la, Undersökningar rörande uppkomsta af tyfusepidemi i Helsingfors sommaren 1907. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 106. Juli.

Chovrel, F., Pyo-septicémie pneumococcique prolongée. Progrès méd. 3. S. XXIII. 18.

Clay, T. W., Cerebral influenza. Brit. med. Journ. June 27. p. 1570.

Cohn, Sigismund, Ueber complementbindende Tuberkuloseantikörper u. ihre Beziehungen zur Tuberkulinreaktion. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 28.

Coksy, Bahadur N. H., On recent progress in the serum therapy of plague. Brit. med. Journ. May 30.

Conradi, H., Ein Verfahren zum Nachweis spärl. Typhusbacillen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Core, Donald E., Note on a case in which the *Widal* reaction persisted 7 years after an attack of typhoid fever. Lancet June 13. p. 1694.

Cropper, J., Phenomenal abundance of parasites in fatal case of pernicious malaria. Lancet July 4.

Cumpston, H., The use of serum in scarlet fever. Brit. med. Journ. May 30.

Czastka, Wilhelmine, Beziehung d. *Pirquet*-reaktion zum Gehalt an Antikörpern. Perlsucht-*Pirquet*. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 24.

Dunanu, Carl, u. Lydia Rabinowitsch, Die Impftuberkulose d. Menschen, zugleich ein Beitrag zur Identitätsfrage d. vom Menschen u. Rind stammenden Tuberkelbacillen. Ztschr. f. Tuberk. XII. 6. p. 441.

Dauwe, Fordinand, Sanatoriums populaires ou logements salubres. Polyclin. XVII. p. 151. Mai. — Belg. med. XV. 19.

Davidovitsch, N., Ueber Scarlatina traumatica. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. Erg.-H. p. 143.

Della Vida, Lovi, La filtrabilité du virus varioleux. Folia haematol. V. 8. p. 714.

Delmont-Bébet, S., De la pigmentation au soleil des membres atteints d'affections tuberculenses. Progrès med. 3. S. XXIII. 18.

Denny, Francis P., The use of human milk in typhoid fever to increase the bacteriolytic power of the blood. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 625. May.

Di Donna, A., Untersuchungen über d. bacilläre Dysenterie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 8.

Dietschy, Rudolf, Cytolog. Befunde b. d. Conjunctivalreaktion auf Tuberkulin. Ophthalmocytodiagnose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24.

Discussion sur les injections préventives de sérum antitoxique dans la prophylaxie du tétanos chez l'homme. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 23. 25. 26. p. 611. 724. 768. Juin 9. 23. 30.

Ditthorn, Fritz, u. Werner Schultz, Ueber Cutanreaktionen mit Eisenfällungsprodukten von Tuberkelbacillensubstanzen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 28.

Dutoit, A., Ein Beitrag zur medikamentösen Behandl. d. Lungentuberkulose. Ztschr. f. Tuberk. XII. 6. p. 465.

Ebstein, Wilhelm, Beitrag zur Lehre von der übertragbaren Genickstarre. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 3. p. 241.

Eisen, P., Beitrag zur Stomatitis u. Angina ulceromembranacea (*Plaut-Vincent*) mit scharlachähnlichem Exanthem. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 25.

Emmerich, Emil, Ueber d. klin. Bedeutung d. cutanen u. percutanen Tuberkulinreaktion (nach *v. Pirquet* u. nach *Moro*) b. Erwachsenen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Epstein, Albert A., Blood cultures in typhoid fever. Proceed. of the New York pathol. Soc. N. S. VIII. 1 a. 2. p. 1.

Esdorf, H. R. v., History of a case of malarial fever. algid form, choleraic type. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 25. p. 937. June.

Eyre, J. W. H., On Melitensis septicaemia (Malta or mediterranean fever). Lancet June 13. 20. 27.

Fehseufold, G., Ueber d. Ophthalmoreaktion d. Tuberkulose in ihrer Bezieh. zum Sektionsergebniss u. zur Tuberkulininjektion. Münchn. med. Wchnschr. LV. 26.

Fornario, G., Sur la vaccination contre la peste par le tube digestif, voie gastrique et voie rectale. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 4. p. 353. Avril.

Fraukenburger, A., Zur Frage d. Heilstättenbehandl. u. d. Anzeigen f. dieselbe. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Freeny, L. C., On the management of typhoid fever without a nurse. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 17. p. 780. April.

Freund, Heinrich, Ueber cutane u. conjunctivale Tuberkulinreaktion b. Gesunden u. Kranken. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 22. 23.

Friberger, Ragnar, Ett undersökning rörande infektiositeten hos lungsäktigas kläder. Upsala läkarefören. förh. N. F. XIII. 5. s. 307.

Friedrichsen, Das Auftreten d. Pest in Zanzibar im J. 1907. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 13. p. 411.

Gabriel, Ueber Diphtherie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Gaffky, Die Verhütung d. Infektionskrankheiten auf Grundlage d. neueren Erfahrungen. Grenzgeb. in d. Med. p. 95.

Ganon, J., Cholera en vliegen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 2. blz. 227.

Garlipp, Einige Bemerkungen über d. Scharlach u. seine Behandlung. Therap. Monatsh. XXII. 7. p. 347.

Gervino, Ubaldo, La febbre nei tubercolosi o la maretina. Rif. med. XXIV. 25.

Glaessner, Paul, Ueber d. *Marmorek* serum. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 29.

Goerlich, Max, Ist die conjunctivale Tuberkulinreaktion ungefährlich? Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Gorgas, W. C., Method of spread of yellow fever. New York med. Record LXXIII. 26. p. 1061. June.

Graof, Charles, A report of 50 cases tested by the *Calmette* test for tuberculosis. New York med. Record LXXIII. 19. p. 772. May.

Grogg, Donald, A typhoid carrier 52 years after recovery. New York med. Record CLIX. 3. p. 80. July.

Griffith, J. P. Crozer, 3 cases illustrative of the occurrence of typhoid fever in the first years of life. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 122.

Grüner, Ottokar, Die cutane Tuberkulinreaktion im Kindesalter. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Guillermin, Rénè, La tuberculine *Beraneck* et la régulation thérapique. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 7. p. 477. Juillet.

Haase, Heinrich, Bemerkungen über d. jüngste Influenza-Epidemie in Wien in symptomat. u. therapeut. Hinsicht. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 18.

Hadjimichaelis, M., and Jean P. Cardamatis, Report of the work of the Greec antimalarin league during the year 1907. Ann. of trop. Med. II. 2. p. 133. June.

Haefele, G. L., The medicinal treatment of pulmonary tuberculosis. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 5. p. 320. May.

Haenisch, Ueber „Ruhr" in Irrenanstalten. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 2. p. 245.

Hamburger, Franz, Die patholog. Bedeutung d. Tuberkulinreaktion. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 29.

Hammerschmidt, Ophthalmoreaktion u. Allergieprobe. Med. Klin. IV. 23.

Harrington, Charles. An unusually extensive milk-borne outbreak of typhoid fever. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 1. p. 5. July.

Hawes, John B., Cases from the suburban tuberculosis class. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 22. p. 833. May.

Hny, John, The school and its part in the prevention of tuberculosis. Lancet May 9.

Henrsoy, H., Notes on the treatment of blackwater fever. Transvaal med. Journ. III. 10. p. 253. May.

Hedinger, Ernst, Miliartuberkulose d. Haut b. Tuberkulose der Aorta abdominalis. Frankf. Ztschr. f. Pathol. II. 2. p. 121.

Henry, J. Norman, and Randle C. Rosenberger, Purulent cerebrospinal meningitis caused by the typhoid bacillus, without the usual intestinal lesions of typhoid fever. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 2. p. 52.

Herrgott, A., Considérations sur l'érysipèle chez le nonveau-nè. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 2. S. V. p. 288. Mai.

Heuhner, G., Hautgangrän b. Scharlachrheumatoid. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29.

Hillenberg, Arzt u. Anzeigepflicht b. Typhus. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Hirschberg, Leonhard K., Cholera infantum. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 25. p. 1191. June.

Hochhaus, H., Ueber epidem. Meningitis. Med. Klin. IV. 20.

Hörrmann, Albert, Die Conjunctivalreaktion b. Genitaltuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 26.

Hoke, Edmund, Ein Fall von Perityphlitis typhosa. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Hoorn, Friedrich, Maassregeln zur Verhütung d. Cholera b. d. Truppe. Militärarzt XLII. 13.

Hrach, Manovertyphus 1907 in Galizien. Militärarzt XLII. 9.

Hubor, John B., The winning fight against consumption. New York med. Record LXXII. 24. p. 973. June.

Huber, J. M., Genickstarreepidemie in d. Pfalz, Frühjahr 1907. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23. 24.

Hueppe, Ferdinand, Was soll d. Arzt über d. Gefahren d. Infektionskrankheiten in d. Samariterkursen lehren? Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Jacobsen. Les effets éloignés du sérum antituberculeux de *Marmorek*. Progrès méd. 3. S. XXIII. 22.

Jordansky, V., et K. Kladnitsky, Conservation du bacille pesteux dans le corps des punaises. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 5. p. 455. Mai.

Joslin, Elliott W., and Charles L. Overlander, Blood cultures in typhoid fever with comments upon the hospital treatment. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 667. May.

Kanitz, H., Untersuchungen über d. percutane Tuberkulinreaktion nach *Moro*. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Kemp, Robert C., Remarks on milk-free fluid diet and rectal irrigations in typhoid fever. New York med. Record LXXIII. 25. p. 1020. June.

Kieseritzky, G., Die Blutzusammensetzung b. d. Febris recurrens. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25.

Kinghorn, Allan, and R. Eustace Montgomery, Reports of the sleeping sickness expedition to the Zarabesi for the year 1907—1908. Ann. of trop. Med. II. 2. p. 53. June.

Knopf, S. Adolphus, A plea for more sanatoria for the consumptive poor in all stages of the disease. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 2. p. 53. July.

Köhler, F., VI. Jahresbericht d. Lungenheilstätte Holsterhausen b. Werden-Ruhr f. 1907. Centr.-Bl. f. allg. Gesdhpfl. XXVII. 5 u. 6. p. 208.

Köhler, F., Klin. Erfahrungen mit *Marmorek's* Serum an 60 Tuberkulosefällen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 29.

Kolle, W.; O. Heller u. V. de Mestral, Die Werthbestimmung d. Dysenterieserums. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19.

Konrádi, Daniel, Ist d. Wuth vererbbar? Ist d. Blut Lyssakranker infektionsfähig? Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVII. 2.

Konrich, Fr., Typhusbacillen in Brunnenwässern ohne ätiol. Bedeutung. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 2. p. 208.

Konrich, Fr., Ueber eine isolirt gebliebene Epidemie bacillärer Ruhr in Mitteldeutschland u. einen dabei gefundenen, zwischen d. Typus *Shiga-Kruse* u. *Flexner* stehenden Bacillus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 2. p. 281.

Kornfeld, Fordinand, Ueber Coliurie u. Colitoxämie. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 23.

Kraus, R., u. R. Doerr. Die Werthbestimmung d. Dysenterieserums. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Kraus, R., u. J. Schwoner, Ueber Beziehungen d. Antitoxingehaltes d. Diphtherieserum zu dessen Heilwerth. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 1.

Krause, Paul, Ueber d. Werth d. Röntgendiagnostik d. Frühtuberkulose d. Lunge. Med. Klin. IV. 29.

Krönig, G., Die natürl. Grenzen d. Wirksamkeit einer Heilserumbehandlung b. d. Diphtheria faucium u. ihre gelegentl. nothwendige Ergänzung durch bestimmte lokale Maassnahmen. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 7. p. 289.

Kuenen, W. A., De cholera in Deli van Oct. 1906 tot begin 1908. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 2. hlz. 210.

Laharrière, Tuberculose pulmonaire et laryngée. Arch. internat. de Laryngol. XXVI. 4. p. 125.

Laignel-Lavastine, Anatomie pathologique du plexus solaire des tuberculeux. Revue de Méd. XXVII. 6. p. 515.

Lampens, J., La lutte contre la tuberculose dans les ateliers. Belg. méd. XV. 22. 23.

Landis, H. R. M., Agglutination studies in tuberculosis. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 85.

Landonzy, L., Metier et habitats des blanchisseurs dans leurs rapports avec la tuberculose. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 24. p. 706. Juin 28.

Landsberger, Weitere Pläne zur Tuberkulosenbekämpfung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25.

Langer, J., Vorschläge zu einer medikamentösen Prophylaxe d. Masern. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Leber, A., u. St. Steinharter, Diagnost. Impfversuche mit einem fettfreien Tuberkulin. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Lereboullet, P., De l'association de la scarlatine et de la rougéole chez l'enfant. Progrès méd. 3. S. XXIII. 24.

Levy-Dorn, Max, u. Hans Cornet, Das Röntgenbild d. normalen Thorax mit Rücksicht auf d. Diagnose d. Phthisis incipiens. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 21.

Lexer, Erich, Die Behandlung d. sept. Infektion. Grenzgeb. in d. Med. p. 58.

Livingston, Jones, Cerebral influenza. Brit. med. Journ. June 27. p. 1571.

Lublinski, Angina u. Miliartuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Lüdke, Hermann, Die bakterielog. Frühdiagnose h. akuten Infektionskrankheiten. [Wurzb. Abhandl. VIII. 9.] Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.) Lex.-8. 28 S. 85 Pf.

Lüdke, Hermann, Klin. u. experimentelle Beiträge zur Conjunctivalreaktion. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 28.

Mahee, O. R., and A. E. Taft, The early diagnosis of typhoid fever by blood cultures from the ear. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 23. p. 863. June.

M'Deuald, Stuart, Observations on epidemic cerebro-spinal meningitis. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XII. 4. p. 442. April.

M'Kenzie, Ivy, and W. B. M. Martin, Serumtherapy in cerebro-spinal fever. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XII. 4. p. 639. April.

Martin, Gustave, et Leboeuf, Diagnostique microscopique de la trypanosomiase humaine. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 6. p. 518. Juin.

May, Aylmer, The ophthalmo-reaction to tuberculin. Transvaal med. Journ. III. 11. p. 276. June.

Mazerand, Entérocolite muco-membraneuse et fièvre typhoïde. Lyon méd. CXI. p. 117. Juillet 26.

Mazzetti, Loreto, Su di un raro caso di perforazione gastrica da tifo. Rif. med. XXIV. 18.

Meinortz, J., Tuberkulose u. Blutströmung. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 383.

Meissen, Einige Bemerkungen zu d. neuen Stadieneintheilung d. Lungentuberkulose. Ztschr. f. Tuberk. XII. 4. p. 294.

Melke-epidemien i Kristiania. [Epidemi af angina.] Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 6. s. 585.

Meroni, Amatore, Ueber die Ophthalmoreaktion b. Typhus abdominalis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Meyer, Arthur, Angina ulcero-membranosa sive necrotica u. ihre Erreger. (*Plaut-Vincent*'sche Angina.) [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 476/477, Chir. 137/138.] Leipzig. Joh. Ambros. Barth. Lex.-8. 54 S. 1 Mk. 50 Pf.

Meyer, Kurt, Ueber d. Verwendbarkeit d. Complementbindungsmethode zur Diagnose tuberkulöser Exsudate. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Mitulescu, J., Mittheilungen d. Wohlthätigkeitsinstituts zur Bekämpfung d. Tuberkulose in Rumänien: Beiträge zur Ophthalmoreaktion. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20.

Matthes, M., Ueber epidem. Meningitis. Med. Klin. IV. 20.

Meinertz, J., Tuberkulose u. Blutströmung. Untersuchungen über experimentelle Nierentuberkulose unter geänderten Cirkulationverhältnissen. Virchow's Arch. CXCII. 3. p. 384.

Meyer, Tuberculose et prédisposition. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 7. p. 499. Juillet.

Milinn, G., 3 signes pour le diagnostic de l'érysipèle. Progrès méd. 3. S. XXIII. 30.

Miller, James Alexander, The association of tuberculosis clinics of the city of New York. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 20. p. 937. May.

Milligan, H. M., Isolation of the bacillus typhosus from the spinal fluid of a case of typhoid with cerebro-spinal symptoms. Brit. med. Journ. May 30. p. 1295.

Moeller, A., Die ersten *Brehmer*'schen Principien in d. Behandl. d. Lungentuberkulose. Med. Klin. IV. 25.

Moeller, H. N., An unusual case of cerebrospinal meningitis treated with antimeningitis serum. New York med. Record LXXIV. 1. p. 19. July.

Montgomery, R. Eustace, and Allan Kinghorn, A report on trypanosomiasis of domestic stock in North-western Rhodesia. Ann. of trop. Med. II. 2. p. 97. June.

Moorhead, T. Gillman, Cerebral influenza. Brit. med. Journ. June 27. p. 1570.

Morgenroth, Die cutane Tuberkulinimpfung nach *v. Pirquet* b. Kindern d. 1. Lebensjahres. Münchn. med. Wchnschr. LV. 26.

Moro, Ernst, The tuberculin inunction. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 26. p. 1233. June.

Moyle, H. H., A case of typhoid fever with unusual complications. Brit. med. Journ. July 11. p. 81.

Müller, Charlotte, Abdominaltyphus mit verspätetem Eintritt d. Agglutinationsreaktion u. abnorm langer Dauer d. Bakteriämie. Med. Klin. IV. 26.

Müller, Edward, Ist d. *Müller*'sche Verfahren zur Unterscheidung d. tuberkulösen Eiters von Kokkeneiter mittels d. *Milton*'schen Reagens brauchbar? Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 22.

Naegeli-Akerblom, H., u. P. Vernier, Ophthalmoreaktion u. Tuberkulose. Therap. Monatsh. XXII. 7. p. 349.

Nasatew, Z. S., Der gegenwärt. Stand d. Frage d. Frequenz d. Darmtuberkulose b. Kindern. Ztschr. f. Tuberk. XII. 4. p. 280.

Neisse, R., Die traumat. Lungentuberkulose mit besond. Berücksicht. d. Unfallversicherung. Ztschr. f. Tuberk. XII. 4. p. 265.

Neufeld, F., Ueber d. Wirkungsweise u. d. Werthbestimmung d. Genickstarreserums. Med. Klin. IV. 30.

Newmann, E. A. R., Note on 2 cases of chronic dysentery treated with *Forster's* antidysenteric vaccine. Lancet May 16.

Nierenstein, Maxim., Observations on the acidity and alkalinity of the blood in trypanosoma infectious. Ann. of trop. Med. II. 3. p. 227. July.

Nieter, A., Ueber d. Nachweis von Typhusbacillen in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Typhus abdominalis. Münchn. med. Wchnschr. LVI. 19.

Ostheimer, Maurice, The prevalence of infections in childhood. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 19. p. 892. May.

Pampoukis, Contribution à l'étude des causes d'insuccès du traitement antirabique. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 5 p. 463. Mai.

Pelton, Henry Hubbard, The ophthalmic reaction in the diagnosis of tuberculous conditions. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 26. p. 1234. June.

Pfeiffer, R., u. E. Friedberger, Zur Frage d. Endotoxine u. d. Antiendotoxine b. Cholera u. Typhus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 1.

Pirquet, C. von, Verlauf d. tuberkulösen Allergie b. einem Falle von Masern u. Miliartuberkulose. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 24.

Pirquet, C. von, Das Verhalten d. cutanen Tuberkulinreaktion während d. Masern. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Pollaci, G., Contributo alla morfologia e alla biologia del melitense. Rif. med. XXIV. 29.

Polland, R., Die Gefahren d. Ophthalmoreaktion. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Poncet, Antonin, Sur la tuberculose inflammatoire. Gaz. des Hôp. 84.

Poncot, Antonin, et René Leriche, Tuberculose inflammatoire à forme scléreuse. Sclérotuberculose et diathèse fibreuse. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 19. p. 534. Mai 12. — Gaz. des Hôp. 56.

Pospischill, Dionys, Ueber Diphtheriethorapie. Versuche einer Behandl. d. schwersten Fälle mit Adrenalin-Kochsalzinjektionen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 29. 30.

Pütter, Ernst, Die Fürsorge f. Tuberkulöse (Fürsorgestellen). Berl. klin. Wchnschr. XLV. 21.

Quénu, E., De la cholecystite typhique. Revue de Chir. XXVIII. 6. p. 828.

Rahinowitsch, Lydia, Neuere Arbeiten über Tuberkulose. Ztschr. f. Tuberk. XII. 4. p. 310.

Rahinowitsch, Marcus, Zur patholog. Anatomie d. Febris recurrens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Radcliffe, J. A. B.; Douglas Elder and Allan Grossley, Observation of the opsonic index in pulmonary tuberculosis. Lancet July 18.

Ranke, Karl Ernst, Zur Diagnose d. Lungentuberknlose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Ravenel, Mazyk P., and John Reichel, Tuberculous infection through the alimentary canal. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. X. p. 67.

Raw, Nathan, The modern treatment of tuberculosis by drugs. Fol. ther. II. 1. p. 15.

Richardson, Mark Wyman, Fact and speculation concerning the natnre of typhoid fever. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 688. May.

Rittor, Die specif. Behandl. d. Lungentuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 29.

Roach, Sidney, An outbreak of beri-beri on board of a merchant vessel. Brit. med. Journ. May 9.

Rochard, E., Traitement des perforations intestinales de la fièvre typhoïde. Bull. de Thér. CLV. 19. p. 721. Mai 23.

Roepke, O., Die Ergebnisse gleichzeitig angestellter cutaner, conjunctivaler u. subcutaner Tuberkulinreaktionen bei vorgeschrittenen, initialen u. suspekten Formen der Lungentuberkulose. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. IX. 3. p. 353.

Rosenbach, Fr., Beitrag zur Conjunctivalreaktion. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18.

Rosenberger, Randle C., Significance of tubercle bacille in the faeces. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 2. p. 29.

Ross, E. H., The prevention of dengue fever. Ann. of trop. Med. II. 3. p. 193. July.

Rossolimo, G. J., Ueber d. Verhältniss d. Ohrläppchens zur Tuberkulose. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Rotch, Thomas Morgan, The opsonic index in cerebrospinal meningitis. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 173.

Rothschild, D., Ueber Autotuberkuline. Ztschr. f. Tuberk. XII. 5. p. 397.

Royer, B. Franklin; Paul G. Weston and Glen F. Clark, A study of phagocytosis in diphtheria. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. X. p. 173.

Ruck, Silvio von, Modes of infection in tuberculosis. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 24. p. 900. June.

Rucker, W. C., Plague. Calif. State Journ. of Med. VI. 7. p. 239. July.

Sachs, Theodore B., Some observations on the ophthalmo-tuberculin reaction. New York med. Record LXXIII. 22. p. 902. May.

Sakorraphos, L'ophthalmoréaction à la tuberculose est-elle spécifique? Internat. Centr.-Bl. f. Tuberk.-Forsch. II. 7.

Salvini, Ezio, La cutireazione tubercolinica nella diagnosi della tubercolosi. Rif. med. XXIV. 26.

Sanborn, G. P., Anti-typhoid inoculation. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 23. p. 864. June.

Sauerbeck, Ernst, Vorkommen u. Eigenschaften d. Diphtheriebacillen b. Diphtheriereconvalescenten. Arch. f. Hyg. LXVI. 4. p. 336.

Sawyer, Wilbur A., General streptococcus infection through unrecognized channels. Boston med. a. surg. CLVIII. 19. p. 693. May.

Schaefer, Die Tuberkuloso-Sterblichkeit d. Stadt M.-Gladbach von 1875—1907. Ztschr. f. Tuberk. XII. 4. p. 308.

Schäffer, Kay, Om recidiverende tuberkulös Polyarthritis (Tuberkulös Ledreumatismus). Hosp.-Tid. 5. R. I. 23. 24.

Schellenberg, G., Der Werth d. Röntgenuntersuchung f. d. Frühdiagnose d. Lungentuberkulose u. d. Bedeutung d. röntgenologischen Lungenuntersuchung f. d. Lungenheilstätte. Ztschr. f. Tuberk. XII. 6. p. 456.

Schellong, O., Schwarzwasserfieber u. Chiningebrauch. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 11. p. 363.

Schellong, O., Beiträge zur Typhusdiagnose in d. Hauspraxis. Med. Klin. IV. 27.

Schlayer, Ueber d. Werth d. Röntgenverfahrens f. d. Frühdiagnose d. Lungentuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Schlesinger, Hermann, Magenblutungen im Verlaufe von Typhus abdominalis. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 2. p. 107.

Schmidt, Adolf, Erfahrungen mit d. therapeut. Pneumo- u. Hydrothorax b. einseit. Lungentuberkulose, Bronchiektasen u. Aspirations-Erkrankungen. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. IX. 3. p. 261.

Schröder, G., Ueber neuere Medikamente u. Nährmittel f. d. Behandl. d. Tuberknlose. Ztschr. f. Tuberk. XII. 5. p. 403.

Schwarz, K., Ein Beitrag zur Casuistik d. primären Nasendiphtherie b. Säuglingen. Wien. klin. Rundschau XXII. 25.

Seibert, A., Milk-free fluid diet and rectal irrigations in typhoid fever. New York med. Record LXXIII. 25. p. 1017. June.

Senator, H., Ueber d. klimat. Behandl. d. Lungentuberkulose. Ztschr. f. Balneol. I. 2.

Sergent, Edmond, et Etienne Sergent, Etudes épidémiologiques et prophylactiques du paludisme. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 5. p. 390. Mai.

Sewell, J. S., A case of aphasia during whooping cough. Brit. med. Journ. July 28. p. 197.

Shennan, Theodore, The propagation of plague. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 6. p. 524. June.

Shennan, Theodore, and W. T. Ritchie, A bacteriological investigation of epidemic cerebro-spinal meningitis. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XII. 4. p. 456. April.

Shively, Henry E., The association of tuberculosis of the lungs with diabetes mellitus. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 20. p. 933. May.

Silberberg, L., Ueber d. Auffindung d. *Eberth-Gaffky*'schen Bacillen in d. Cerebrospinalflüssigkeit b. Typhus abdominalis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29.

Sobotta, Ueber Tuberkulose. Schmidt's Jahrbb. CCXCIX. p. 53. 161.

Spät, Wilhelm, Ueber d. modernen Methoden d. Typhusdiagnose. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Spielmeyer, Walther, Die Trypanosomenkrankheiten u. ihre Beziehungen zu d. syphilogenen Nervenkrankheiten. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 106 S. mit 6 Tafeln. 10 Mk.

Stamms, Hugh C., A note on latent dysentery in Central Africa. Lancet July 4.

Stefansky, W. K., Ueber d. Typhusdiagnose mit Hülfe von Blutaussaat auf Gallenagar. Med. Klin. IV. 26.

Stegmann, Zur Behandlung d. Schlafkrankheit. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. zu Dresden p. 88.

Stheeman, H. A., De percutane tuberkulinereactie volgens *Moro*. Nederl. Weekbl. I. 23.

Stiles, W., Influenza. New York med. Record LXXIII. 26. p. 1065. June.

Stooss, Die cutane Tuberkulinprobe nach *v. Pirquet* im Kindesalter. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 11. p. 361.

Stowell, William Leland, The relation of tuberculous cows to tuberculosis in children. New York med. Record LXXIII. 25. p. 1023. Jnne.

Strong, Cyrun J., A milk-free diet in typhoid fever. New York med. Record LXXIII. 25. p. 1018. June.

Stroag, Vaccination against plague. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 13. p. 417.

Suess, Erhnrd, Ueber d. Einfl. d. Radiumemanation auf Tuberkelbacillen u. auf experiment. Tuberkulose. Ztschr. f. Tuberk. XII. 6. p. 480.

Taylor, Fielding Lewis, Collapse after infection with diphtheria antitoxin. New York med. Record LXXIV. 1. p. 20. July.

Teichmann, Friedrich, Ueber d. angebl. Gefahren d. Conjunctivnlreaktion. Med. Klin. IV. 26.

Tiktin-Hnusmann, N., Ueber d. Vorkommen von Scharlach in d. Stadt Zürich in d. JJ. 1902—1906. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 6. p. 641.

Toheitz, A., Differentialdiagnose d. Anfangsstadicn d. akuten Exantheme. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. 104 S. 2 Mk. 20 Pf.

Townsend, David; F. B. Mc Carty and R. H. Houghton; Matapan Day, Camp for coasumptives. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 18. p. 575. April.

Trombur, Beobachtungen über Ruhr in Tsing-tau. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 12. p. 389.

Tsuzuki, F., Ueber d. Wesen d. Beriberikrankheit. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 12. p. 375.

Tuberkulose s. III. *Dold, Ellermann, Key, Moro, Wallgren, Wolff.* IV. 2; 3. *Goodall;* 5. *Gnezda, Isaac;* 8. *Damaye;* 10. *Lupus, Hauttuberkulose.* V. 1. *Bernabeo, Males, Miller, Weinberger;* 2. a. *Perrier;* 2. c. *Gianni, Hofbauer, Nicolaysen, Stone;* 2. d. *Debove, Horand, Mc Cosh, Shober;* 2. e. *Bowlby. Stich.* VI. *Knorr.* XI. *Boschi.* X. *Terson.* XI. *Bourack, Chauveau, Gleitsmann.* XIII. 2. *Benedetti, Berghaus, Hamburger, Lee, Weissmann, Witcox.* XVIII. *Heymans, Klimmer.*

Vaillard, L., Sur les injections préveutives de sérum antitoxique dans la prophylaxie du tétanos de l'homme. Bnll. de l'Acad. 3. S. LIX. 21. 22. p. 657. 584. Mai 26. Juin 2.

Vaillard, L., et Ch. Dopter, Sérothérapie de la dysentérie bacillaire. Gaz. des Hôp. 82.

Vandeputte, Modifications provoquées par la paratoxine dnns les évolutions de la tuberculose pulmonaire. Bull. de Ther. CLV. 18. p. 702. Mai 15.

Van Durme, P., L'hospitalisatiou des tuberculeux. Belg. méd. XV. 17. 18.

Walker, C. H., Small pox. Calif. State Journ. of Med. VI. 6. p. 202. June.

Walker, Ralph E., Tho opsonic index in tuberculosis. Physic. a. Snrg. XXX. 4. p. 164.

Walsh, Joseph, The methods of *Henry Phipps* Institute for the study, treatment and preventers of tuberculosis in Philadelphia. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 207. p. 173. June.

Ward, H., On measles. Brit. med. Journ. May 30.

Weil, E., u. W. Strauss, Ueber d. Rolle d. Antikörper h. d. Tuberkulinreaktion. Wien. klin. Wchnschr. XXX. 29.

Wellman, F. Creighton, Clinical charts of a case of quartan malarial fever observed in West Africa. New York med. Record LXXIII. 25. p. 1021. Jnne.

Whitla, William, The etiology of pulmonary tuberculosis. Brit. med. Journ. Jnly 11. 18.

Wise, A. T. Tucker, The treatment of pulmonary tuberculosis by a postural method. Lancet Mny 30.

Witthauer, Kurt, Gelatine- u. Salzwassereinspritzungen gegen die Darmblutungen bei Typhus. Munchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Wladimiroff, G. E., Zur Frage vom Scharlachrheumatismus. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 3 u. 4. p. 219.

Widersee, Sofus, Om tuberkulinets anvendelse som diagnosticum. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 5. S. 419.

Wodehouse, Robert F., Results obtained from nse of diphtheria antitoxine rafined and concentrated by *Gibson's* method. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 26. p. 1242. June.

Wolf, Heinrich F., Die Vasomotorenlähmung als Grundlage d. Hydrotherapie d. Infektionskrankheiten. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 2. p. 49.

Zacharias, Paul, 2 Fälle von Tetanus nach gynäkol. Operationen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Zickgraf, Ueber d. Darreichung von kieselsäurehaltigem Mineralwasser in Lungenheilstätten. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 20.

Zieschè, H., Die cutane Impfung mit Tuberkulin nnch *v. Pirquet* in ihror Bedeutung f. d. Diagnose u. Prognose d. Tuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25.

Zupnik, Leo, Der lokale Tetanus u. seine Entstehung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

S. a. III. *Mikroorganismen.* IV. 3. *Pleuritis, Pneumonie;* 5. Hntinel, Tucker; 6. Huber; 7. Riedinger; 8. Adams, Berger. V. 1. Fogh. VII. *Puerperale Infektion.* VIII. Nauwerck. IX. Swolfn. XI. Kanasugi. XIII. 2. Carta, Gonder, Tucker. XV. Simon.

3) *Krankheiten des Respirationsapparates (und des Mediastinum).*

Albrecht, Immunisirung gegen Heufieber durch Antitoxin u. d. h. Gebrauch d. letzteren beobachteten Fälle von Anaphylaxie. Med. Klin. IV. 18.

Arkawin, J. S., Ueber d. Bronchialasthma d. Kinder. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 3 u. 4. p. 226.

Bäumler, Ch., Medikamentöse u. mechano-therapeut. Behandl. d. Respirations- u. Cirkulationsstörungen. Grenzgeb. in d. Med. p. 2.

Banmann, Wilhelm, u. Franz M. Groedel, 2 Fälle von Lungenerkrankung im Anschluss an einen Unfall. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Brnuer, L., Die Behandl. chron. Lungenkrankheiten durch Lungencollaps. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 241.

Brecke, A., Zur Diagnose von Schwellungen d. endothorakalen Lymphdrüsen. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. IX. 3. p. 309.

Burwill-Holmes, E., A case of chronic fibrinous bronchitis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 17. p. 780. April.

Butternack, Physiolog. u. klin. Betrachtungen über d. sogen. Rassel- u. Reibegeräusche. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 453.

Ciuffini, Publio, Un caso di pleurite in soggetto leucemico. Rif. med. XXIV. 18.

Compaired, Corps étranger logé dans les profondeurs de la bronche gauche d'un enfant durant plus d'un an; abcès purulent broncho-pulmonaire étendu consecntif. Gnérison par la bronchoscopie qni permit l'expulsion du corps étranger. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 905.

Curl, Stonoy W., Primary sarcoma of tho lung. Brit. med. Journ. June 13.

Denning, Chnrles E., Note on a case of acnte pulmonary oedema. Lancet July 18. p. 158.

Dums, Chnrles Hunter, Bronchopneumonia. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 630. May.

Ewart, Willinm, The treatment of pneumonia in private practice. Fol. ther. II. 1. p. 21.

Gerhardt, Ueber d. Auftreten von albuminöser Expektoration nach Plenrapnnktion. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 10.

Goodall, Henry S., The relation of pleurisy to pulmonar tuberculosis. New York med. Record LXXIII. 26. p. 1074. June.

Digitized by Google

Goodall, Harry W., and J. Lyman Belknap, A study on the value of measurements of chest expansion. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 20. p. 761. May.

Granström, E., Ueber d. Bronchialasthma h. d. Pleuritis sicca. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 221.

Haig, Alexander, Treatment of bronchial catarrh by alkalines. Brit. med. Journ. May 9.

Hederström, Viktor, Cholostearinkrystaller i pleuraexsudat. Upsala läkareföreu. förh. N. F. XIII. 5. s. 378.

Hedrén, G., Ueber Lungensyphilis h. Erwachsenen. Nord. med. ark. Afd. II. 3. F. VII. 4. Nr. 13. 1907.

Hösalin, Heinrich von, Ueber d. Kochsalzstoffwechsel b. Pneumonie. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 4. p. 404.

Huber, Francis, Pneumohydrothorax in a boy 2 years old; recovry. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 183.

Jaksch, R. von, u. H. Rotky, Die Pneumonie im Röntgenbilde. Hamburg. Lucas Gräfe u. Sillem. Fol. 20 S. mit 59 Röntgenbildern auf 10 Tafeln u. 10 Skizzenblättern. — Ztschr. f. physik. Med. II. 8.

Jamin, F., Fortschritte in d. Diagnostik d. Lungenkrankheiten. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Jennings, Charles G., and Herbert M. Rich, Report of a case of chylothorax in a child. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 190.

Kirchberg, Franz, Manuell-mechan. u. Uebungsbehandl. b. Lungenemphysem u. Asthma bronchiale. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 7. p. 310.

Klopstock, F., Ueber eine eigenthüml. Form totaler produktiver interstitieller Pneumonie neben akuter Leberatrophie im Kindesaltor. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 254.

Knopf, H. E., Die Heilung d. chronischen Bronchitis durch Athmungsgymnastik. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25.

Knox jr., J. H. Mason, The relation of bacill belonging to the so-called dysentery group to the diarrheal affections of infants. Transact of the Amer. pod. Soc. XIX. p. 202.

Langstein, Leo, Ekzem u. Asthma. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Mac Lennan, Wm., An unusual form of mediastinal tumors. Glasgow med. Journ. LXX. 1. p. 12 June.

Mohrdorf, Robert, Fibro-sarcoma mixomatodes pleurae permagnum. Beitrag zur Kenntniss d. primären Pleuratumoren. Virchow's Arch. CXCIII. 1. p. 92.

Moeller, A., Zur Asthma-Entstehung u. -Behandlung. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 250.

Nagel, Martin, Der physikal. Nachweis vergrösserter Bronchial- u. Mediastinaldrüsen. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 1. p. 46.

Northrup, W. P., Case of haemothorax. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 179.

Obermayer, Friedr., u. Hugo Popper, Ueber d. Biliruhingehalt d. pneumon. Sputums. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Peiser, Julius, Ueber Lungenatelektase. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 5. p. 589.

Pollak, Leo, Ueber d. Farbstoff d. pneumon. Sputums. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Pollak, Richard, Bakteriolog. Befunde b. eitrigen Bronchitiden. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Pracock, W. H., Hyperpyrexia in pneumonia. Brit. med. Journ. May 23.

Richards, William Martin, The treatment of diseases due to respiratory catarrh. New York med. Record LXXIII. 25. p. 1026. June.

Rohhins, William B., Primary sarcoma of the pleura. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 691. May.

Saenger, M., Ueber Rückwirkung d. Lungenemphysems auf d. Verlauf d. Asthma. Münchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Schmidt, Ad., Ueber d. Perforation anthrakot. erweichter Bronchialdrüsen in d. Bronchialbaum u. ihre klin. Diagnose. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 68.

Schröttor, Hermann von, u. Maximilian Weinberger, Zur Kenntniss d. Colibacillose d. Respirationsorgane. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 24. 30.

Schwarz, Emil, Zur Pathologie d. fibrinösen Bronchitis. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 21. 22. 23.

Smithies, Frank, Clinical observations upon the existence of a paravertebral triangle of percussion dullness (*Grocco's* sign) with fluid is present in de pleural sacs. Physio. a. Surg. XXX. 4. p. 145.

Stegmann, A., Zur Aetiologie d. Asthmas b. Kindern. Med. Klin. IV. 29.

Strümpell, Adolf von, Ueber Anwend. von elektr. Glühlichtbädern b. chron. Bronchialerkrankungen. Med. Klin. IV. 30.

Tarabini, Luigi, Le neurosi respiratorie. Rif. med. XXIV. 10.

Wegelin, Carl, Ueber Bronchitis obliterans nach Fremdkörperaspiration. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. XLIII. 3. p. 438.

Windsor, C. W., A case of septic pleurisy and pericarditis running an afebrile course; death within 6 days of onset of symptoms. Lancet July 11. p. 93.

Wirth, K., Nekrotisirendes Lungencarcinom. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VIII. 8. p. 86.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Bang; 5. Beyra; 8. Volland. V. 2. a. Mort; 2. c. *Lungenchirurgie.* XIII. 2. Arthaut. XX. Drison.

4) *Krankheiten des Cirkulationsapparates.*

Allhutt, Clifford, Treatment of angina pectoris. Fol. ther. II. 1. p. 3.

Aneurysma d. Aorta, Beziehung zu Betriebsunfall. Med. Klin. IV. 30.

Bálint, R., u. K. Engel, Ueber paroxysmale Tachykardie. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 283.

Bard, L., Des charactéres du pouls veineux dans les hypertrophies du coeur gauche liées au coeur rénal et à l'insuffisance aortique. Semaine méd. XXVIII. 23.

Boneke, R., Ein Fall von Luftembolie im grossen Kreislaufe nach Lungenoperation. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 1. X. 3. p. 345.

Bergé, André, Symphyse cardiaque. Gaz. des Hôp. 79.

Bishop, Louis Faugères, Several cases illustrating liver symptoms in cardiac disease. New York med. Record LXXIII. 26. p. 1069. June.

Boinet, E., Anévrismes miultiples de l'aorte. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 23. p. 651. Juin 9.

Boinet, E., Anévrismes intra-péricardiques de l'aorte avec compression des vaisseaux et cavités do la base du coeur. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 26. p. 787. Juin 30.

Bomhard, Hans von, Periarteriitis nodosa als Folge einer Staphylokokkensepsis nach Angina. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 305.

Bramwell, Byrom, Intermittent clandication. or intermittent limping, and obliterative arteriitis. Lancet July 25.

Brann, Ludwig, Zur Pathogenese u. Behandl. d. Arteriosklerose. Med. Klin. IV. 26.

Brown, Lawrason, Dissecting aneurysma of the aorta and pulmonary artery following rupture of the arch of aorta. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 1. p. 1. July.

Bnergor, Leo. The pathology of the vessels in cases of gangrene of the lower extremities dne to so-called arteriitis obliterans. Proceed. of the New York pathol. Soc. VIII. 1 u. 2. p. 48.

Calvert, W. J., Cardio-hepatic angle. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 206. p. 143. May.

Cardarelli, Antonio, Sul cosi detto metodo del *Katzenstein* per l'esame funzional del cuore. Rif. med. XXIV. 27.

Carlotti, Un cas de ruptnre do la carotide interne dans le sinus caverneux, traité par les injections de serum gélatiné. Ann. de Oculist. CXXXIX. 6. p. 450. June.

Cattle, C. H., A case in which occlusion of the abdominal aorta took place. Lancet June 13.

Conner, Levis A., The clinical study of heart cases. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 6. p. 790. June.

Constant, Un cas d'insuffisance mitrale passagère due à l'uricémie. Echo med. du Nord XII. 29.

Conto, Miguel, Das systol. Geräusch b. d. reinen Aorteninsufficienz. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 374.

De Renzi, E., Ueber die Stokes-Adams'sche Krankheit. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18.

Drummond, David, On thoracic aneurysm. Brit. med. Journ. June 13.

Durno, Leslie, and W. Langdon Brown, A case of dissecting anourysm of the pulmonary artery; patent ductus arteriosus; rupture into the pericardium. Lancet June 13.

Eastonan, Theodnre Jewitt, The diagnoses of circulatory conditions hy temperature measurements. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII 19. p. 639. May.

Eppinger, Hans, u. Erich von Krafft, Ueber Herzinsufficienz. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 71.

Erlanger, Joseph. Irregularities of the heart resulting from disturbed conductivity. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 6. p. 797. June.

Eschler, F. C. R., Ausbau u. Correktur d. Prognose b. Herzkrankheiten u. Herzcomplikationen. Ztschr. f. Versich.-Med. 1. 1.

Fisch, Maurus, Balneotherapie b. durch Stoffwechselstörungen bedingten Herz- u. Gefässerkrankungen. Med. Klin. IV. 23.

Fleckseder, R., Folgeerscheinungen allgemeiner Arteriosklerose. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 9. p. 103.

Fraonkel, Alexander, Ueber postoperative Thrombo-Embolie. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. p. 531.

Fulci, Francesco, Recherches experimentales sur l'existence d'une endocardite produite par les toxines bactériennes. Arch. de Méd. expérim. XX. 3. p. 350. Mai.

Goipel, Myokarditis. Jahresh. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 128.

Goldscheider, Zur Frage d. Dikrotie b. Aorteninsufficienz. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 335.

Gomez, Lihorio P., Anatomy and pathology of the carotic gland. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 1. p. 98. July.

Gnbb, Alfred S., The premonitory signs of arteriosclorosis. Lancet July 11.

Hahn, Aderlass u. Kreislaufstörungen. Med. Klin. IV. 24.

Hampeln, F., Zur Frage d. Mitralstenose. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Hnrrisoo. Edward, 2 cases of lateral sinus thrombosis. Brit. med. Journ. June 27.

Hart, Carl, Die Meso-Periarteriitis (Periarteriitis nodosa). Berl. klin. Wchnschr. XLV. 28.

Hecht, Viktor, Zur Aetiologie d. Pfortaderthrombose. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 26.

Herz, Max, Hauskuren b. chron. Herzkrankheiten. Mit einem Anhange: Receptformeln f. Herzerkrankung. Wien. Moriz Fisch. 16. 76 S. m. Abbild.

Herz, Max, Ueber scheinbare Vergrösserung des Herzens. Med. Klin. IV. 21.

Herz, Max, Ein Kunstgriff zur Untordrückung d. Anfalle von Angina pectoris u. paroxysmaler Tachykardie. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 22.

Herz, Max, Ueber d. Beeinträchtigung d. Herzens durch schlechte Körperhaltung. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 246.

Horx, Max, Ein Apparat zur Funktionsprüfung u. Trainirung d. Herzens. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Herx, Max, Ueber d. Platzmangel d. vergrösserten Herzens. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 28.

Herz, Max, Ueber d. Lageveränderungen d. Herzens b. relativer Enge d. Thorax. Wien. klin. Rundschau XXII. 30.

Homberger, Ernst, Eine neue Kreislaufstheorie u. ihre Bezieh. zur Pathologie u. Therapie. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 60 S. 1 Mk. 20 Pf.

Huchard, H., Quelques considérations sur les causes, la nature et le traitement de l'artério-sclérose. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 28. p. 59. June 15.

Hunter, Walter K., A case of sarcomatosis of lymphatic glands. Lancet July 11.

Jacob, J., Die lebenswichtigen funktionellen oder nervösen intracardial u. extracardial entstandenen Herzkrankheiten. Fortschr. d. Med. XXVI. 18. 19. p. 545. 584. — Med. Klin. IV. 28.

Jagić, N. von, Ueber medikamentöse Behandlung d. Herzkrankheiten mit Berücksicht. d. combinirten Einwirkung auf Herz- u. Gefässsystem. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 27. 28.

Ide, Arteriosklerose u. Seeklima. Med. Klin. IV. 23.

Joachim, G., Ein atyp. Fall von Störung d. Reizleitung im Herzmuskel. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Jones, E. Lloyd. Note on a case of acute and transitory dilatation of the heart in an infant. Lancet May 30. p. 1549.

Karcher, J., u. G. Schaffner. Ein Fall von Adams-Stockes'scher Krankheit mit Schwiele im His'schen Bündel. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Klotz, Oskar, Experimentelle Arbeits-Arteriosklerose. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 13.

Lancereaux, L'artério-sclérose. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 22. p. 597. June 2.

Leick, Bruno, Durch Trauma hervorgerufene Stenose d. Pulmonarostiums. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Lesieur, Ch., et J. Froment, Cyanose congénitale avec vibration systolique intense et absence de soudure des cartilages de conjugaison. Lyon méd. CX. p. 1232. Juin 7.

Malan, Guido, Ueber d. Entstehung eines Herzgeräusches. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 11.

Manson, J. S., A case of abdominal anourysm. Brit. med. Journ. June 13. p. 1424.

Marchand, F., Zur Pathogenese u. Behandl. d. Arteriosklorose. Med. Klin. IV. 30.

Martin, C. F., and J. A. C. Tull, Peripheral phlebosclerosis in childhood. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 198.

Meinertz, J., Ueber d. Venenphänomen. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 173.

Meinhardt, M., Ueber die Entstehung d. Herzklappenhämatome b. Neugeborenen. Virchow's Arch. CXCII. 3. p. 521.

Moritz, F., Zur Frage von d. akuten Dilatation d. Herzens durch Ueberanstrengung. Muncho. med. Wchnschr. LV. 25.

Nonandovics, L., Die Trinkkur d. Herzkrankeo. Med. Klin. IV. 26.

Norris, George William, Cardiac arrhythmia. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 1. p. 46. July.

Nowicki, W., u. J. Hornowski, Histolog. Untersuchungen über d. Nebennieren b. Arteriosklerose, sowie über d. Befund d. Nebennieren u. Aorta b. intravenösen Adrenalininjektionen. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 338.

Ohrastzow, W., Ueber d. discontinuirl., in 2 Absätze getheilte Contraktion d. linken Ventrikels d. Herzens

(Bisystolia) u. über d. Erscheinungen an d. Arterien b. d. Aortenklappeninsufficienz. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 22.

Painter, Charles F., Obliteratiag endocarditis. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 2. 3. p. 36. 80. July.

Pawinski, J., L'angine de poitrine révélant la forme d'une affection de l'estomac et soa traitement. Bull. d. Thér. CLV. 16. p. 593. Avril 30.

Poulnin, Ernest, Du rôlo de l'uricémie dans la pathogénio des phlébites constitutionelles. Gaz. des Hôp. 77.

Reitter, Karl, Zur Geräuschbildung b. d. Perforation eines Aorteaaneurysmas in d. Vena cava superior. Beibl. d. Mitth. d. Ges. f. inaere Med. u. Kinderhkde. VII. 4. p. 90.

Ritter, Ernst, Ein Fall von ausgedehnter Hyaliabildung in Arterien. Virchow's Arch. CXCII. 3. p. 536.

Robinson, G. Canby, Gallop rhythm of the heart. Amer. Joura. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 670. May.

Rolland, William, Aneurysm of the hepatic artery. Glasgow med. Journ. LXIX. 5. 342. May.

Saltykow, S., Die experimentell erzeugten Arterienveranderungen in ihrer Bezieh. zu Atherosklerose u. verwandten Krankheiten d. Measchen. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 8. 9.

Sawyer, James, Points of practice in maladies of the heart. Birmingham. Cornish Brothers. 8. 96 a. VIII pp.

Schilling, F., Arteriosklerose d. Intestinalgefässe. Wien. klin. Rundschau XXII. 18.

Schmidt, Johannes Ernst, Ueber Periarteriitis nodosa. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. XLIII. 3. p. 455.

Schönberg, Ueber Veränderangen im Sinusgebiet d. Herzens b. chron. Arrhythmie. Frankf. Ztschr. f. Pathol. II. 1. p. 153.

Schott, Zur Frage d. akuten Herzüberanstrengung. Mit Bemerkung von *F. Moritz*. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18. 29.

Schrötter, Leopold von, Zur Kenntniss d. im Gebiete d. Lungenarterie entstehenden Geräusche. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Schulthess, Hermann, Sphygmoholometrische Uatersuchungen an Gesunden u. Krankea. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 22. 23.

Sewall, Harry, Safeguards of tho heart beats. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 1. p. 32. July.

Smith, Herbert A., Aortic aneurysms; sudden deaths; the capacity of the pericardium. Lancet May 9.

Smith, William H., Age in its relation to arteriosclerosis and death from arteriosclerosis. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 701. May.

Stoin, Sydney A., The managment of chronic endocarditis during the stage of compensation. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 2. p. 55. July.

Stueber, Hans, Ein Haemangiema cavernosum neben d. Aorta. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 10.

Stone, Arthur K., Endocarditis. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 3. p. 65. July.

Strauss, H., u. F. Fleischer, Ueber d. klin. Bedeutung d. turgosphygmograph. Pulsbildes. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Thayer, William Sydney, On the early diastolic heart sound (the so-called third heart sound). Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 713. May.

Theobalds, A. F., Spontaneous rupture of the heart. Lancet May 9. p. 1343.

Weill et Mouriquand, Rétrécissement aortique d'origine congénitale avec persistanco du canal artériel et anomalies pulmonaires et spléniques. Lyon méd. CX. p. 1274. Juin 15.

Whittle, Ed. Geo., Vittel and aortitis. Brit. med. Journ. July 11. p. 80.

Wieting, Die angiosklerot. Gangrän u. ihre operative Behandlung durch arteriovonöse Intubation. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 28.

Wilson, A. Marius, Note on a case of ruptured heart. Lancet May 23. p. 1481.

Wilson, A. Marius, 2 cases of obscure aortic aneurysms. Brit. med. Journ. June 13. p. 1424.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 1. Hauser; 3. Bäumler, Windsor; 5. Levin; 6. Witnoy; 7. Riedingor; 8. *Basedow'sche Krankheit.* V. 1. Faykiss; 2. c. *Chirurgie d. Herzens u. d. grossen Gefässe;* 2. o. Ferran, Welff. VII. Leopold. IX. Buden. X. Straub, Tersou.

5) *Krankheiten des Digestionsapparates, des Bauchfelles und der Milz.*

Albu, Sport u. Blinddarmentzündung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Alder, M., Ein Fall von angeb. funktioneller (?) Pylorushyperplasie, combinirt mit angeb. Vergrösserung d. Magens u. Hypertrophie seiner Wandung. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. Erg.-H. p. 197.

Allreys, H., Glossodynie et Xérostomie. Belg. med. XV. 27.

Arkawin, J. S., Ueber d. period. Erbrechen. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 1 u. 2. p. 98.

Asher, Leon, Das Verhalten d. Darmepithels b. verschied. funktionellen Zuständen. Nach gemoinschaftl. Untersuchuagea mit *K. Damjanenko.* Ztschr. f. Biol. LI. 2. 115.

Aufschnaiter, Otto v., Ueber d. mechan., therm. u. hydriat. Behandl. d. Obstipation. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 19. 20.

Bardet, G., Direction logique du traitement de la constipation. Bull. de Thér. CLVI. 1. p. 1. Juillet 8.

Bassler, Anthony, Signilication of washwater examinations for gastric cells in the diagnosis of atrophic gastritis. New York med. Record LXXIV. 2. p. 51. July.

Beuttenmüller, H., Toxigene Osteoperiostitis ossificans b. chron. Ikterus. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 21.

Beyra, E., Les dyspnées intestinales et leur traitement. Progrès méd. 3. S. XXIII. 25.

Blümel, K., u. H. Ulrici, Zur Behandl. d. chron. habituellen Obstipation. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Bohne, Albert, Fall von Sprue u. seine Behandlung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Bolton, Charles, The experimental production of gastric ulceration hy injection of gastrotoxin. Lancet May 9.

Borgbjärg, Axel, Die Bedeutung der Magenfunktionsuntersuchung f. d. Diagnose d. Ulcus ventriculi. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 3. p. 251.

Borri, Andrea, Ueber d. Giftigkeit d. Probemahlzeiten u. d. Spülwässer d. Magens. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 3. p. 299.

Boyd, Francis D., On the diagnostic limitations of the recognition of free hydrochloric acid in the stomach contents. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. p. 41. July.

Buhlig, Walter Hermann, So-called phlebitis of the left leg, following a case of appendicitis not operated upon. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 51.

Carl, E., Ueber Ersatzmittel b. mangelhafter oder fehlender Magensaftsekretion. Med. Klin. IV. 27.

Carter, Herbert Swift, Recurreat vomiting. New York med. Record LXXIII. 24. p. 983. June.

Cheinesse, L., La colique muqueuse. Semaine méd. XXVIII. 22.

Cook, Jerome E., Ueber d. Eiweiss-Fett-Diät b. d. Behandl. d. motor. Insufficienz d. Magens. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19.

Conteaud, Sur un cas curioux d'abcès gazeux du foie compliqué d'hépatoptose. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 24. p. 681. Juin 28.

Cummins, W. Taylor, Squamous-celled carcinoma of the esophagus. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 2. p. 44.

Decréquy, Rétrécissements de l'oesophage; injections de thiosinamine et électrolyse linéaire. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 903.

Delng, Hugo, Ein neuer Apparat zur Bestimmung d. Stuhlgährung (nach *Schmidt-Strassburger*). Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20.

Docq et Etienne Henrard, Rétrécissement cardiaque de l'oesophage. Presse med. belge LX. 16.

Dopter, Ch., Le diagnostic des dyscatéries. Progrès méd. 3. S. XXIII. 19.

Ehrmann, Rud., Apparat zur Gewinnung von Mageninhalt. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25.

Einhorn, Max, Ein Fall von Verengerung u. Schlussunfähigkeit d. Pylorus. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Einhorn, Max, Ueber Darmdyspepsie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Einhorn, Max, A new method of estimating the permeability of the pylorus and an attempt at testing the pancreatic function directly. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 25. p. 1179. June.

Einhorn, Max, A suggestion as to the diaetetic treatment of dilatation of the oesophagus. New York med. Record LXXIV. 1. p. 16. July.

Elsaer, Haas, Ein neues Gastroskop. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 3. p. 327.

Eyck, H. H. van, Een geval van *Weil's* ziekte. Nederl. Weekbl. I. 20.

Fiessinger, Noël, Les lésions cellulaires dans les cirrhoses biliaires du foie. Arch. de Méd. expérim. XX. 3. p. 313. Mai.

Fiessinger, Noël, La lésion parenchymateuse et les processus de cirrhose du foie. Semaine méd. XXVIII. 27.

Fianoy, J. M. T., Congenital idiopathic dilatation of the colon (*Hirschsprung's* disease). Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 624. June.

Finocchiaro, Francesco, Lesioni sotto-diaframmatiche del vago e loro rapporto con l'ulcera gastrica. Rif. med. XXIV. 24.

Fischer, Charles Summor, Sources of error in gastric diagnosis. New York med. Record LXXIII. 21. p. 851. May.

Fischer, Hans, Zur Kenntniss d. Pepsinverdauung. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 4. p. 456.

Fischer, W., Akute gelbe Leberatrophie b. Syphilis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Folmer, H. C., Cholelithiasis, een stofwisselingsziekte. Nederl. Weekbl. I. 22.

Franz, Rupert, Das *Retzius*'sche System als Collateralkreislauf b. Lebercirrhose. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 26.

Fuld, E., Eine Methode zur Desinfektion von Magenschläuchen in d. tägl. Praxis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20.

Fullerton, Robert, Oesophagoscopy. Glasgow med. Journ. LXIX. 6. p. 408. June.

Gallois, P., Entérite d'origine thérapeutique. Bull. de Thér. CLVI. 1. p. 25. Juillet 8.

Géraudel, Emile, Les lésions initiales dans l'hépatite chronique. Revue de Méd. XXVIII. 5. p. 453.

Gnezda, Julius, Ein Fall von Melanurie b. Darmtuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Graul, Gaston, Einführung in d. Wesen d. Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankheiten. 2. Aufl. Würzburg, Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). 8. III u. 162 S. mit 2 Abbild. 3 Mk. 50 Pf.

Griffith, J. P. Crozer, Case of congenital biliary cirrhosis. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 175.

Gröndahl, Nils Backer, Ein Fall von Darmemphysem (Pneumatosis cystoides intestinorum). Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Gross, M., Disturbances of gastric secretion. New York med. Record LXXIII. 22. p. 898. May.

Guorra-Coppioli, Luigi, Di un caso di tetania di origine gastro-intestinale. Rif. med. XXIV. 21.

Guisez, Faits nouveaux de corps étrangers de l'oesophage, guéris par l'oesophagoscopie. Gaz. des Hôp. 80.

Gyr, E., Un cas de cirrhose avec ascite traité par l'opothérapie. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 6. p. 413. Juin.

Halász, A. v., Alimentäre Laktosurie b. Krankheiten d. Magens. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19.

Haasmann, Theodor, Zur Palpation d. Wurmfortsatzes. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 22.

Hausmann, Theodor, Ueber d. Palpation d. normalen Pylorus u. d. normalen grossen Curvatur u. über ein neues akustisches Phänomen, das oxspirator. Gurren. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25.

Heppe, Walter, Die Appendicitis im Kanton Aargau, besonders ihr endem. Auftreten u. epidem. Auftreten. Aarau 1907. Sauerländer u. Co. 8. 25 S. mit 1 Kurte.

Hewes, Henry F., and Herman M. Adler, The study of the functions of the alimentary tract for the digestion and absorption of food by the examination of the feces, in clinical work. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 655. May.

Höeg, Eiler, Et Tilfælde af Obliteration af Ductus choledochus hos et spædt Barn. Hosp.-Tid. 5. R. I. 21.

Hönck, E., Krit. Bemerkungen zu der von Prof. *Kretz* vorfochtenen Anschauung über d. Aetiologie d. Epityphlitis; über d. Zusammenhang von Influenza u. Epityphlitis. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 79.

Hogers, Leonard, A peculiar interlobular cirrhosis of the liver produced by the protozoal parasite of kala-azar. Ann. of trop. Med. II. 3. p. 147. July.

Hulst, J. P. L., Een zeldsaam geval van leverscheur. Nederl. Weekbl. I. 23. blz. 1846.

Hutiael, Appendicites et pseudo-appendicites dans certaines maladies infectieuses. Presse méd. belge LX. 22.

Jackson, Chevalier, Statistics of 70 cases of gastroscopy. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 1. p. 72. July.

Isaac, S., Zur Frage d. tuberkulösen Lebercirrhose. Frankf. Ztschr. f. Pathol. II. 1. p. 125.

Isler, Leopold, Der Nachweis geringer Blutungen in d. Faeces u. im Mageninhalte u. ihre Bedeutung f. d. Frühdiagnose organ. Magendarmerkrankungen. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. X. 8.

Kafemann, Der Schmerz b. d. Perforation d. Appendix in d. freien Bauchhöhle. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Kienböck, Robert, Ein Fall von tiefsitzendem Pulsionsdivertikel d. Speiseröhre. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 25.

Kisch jun., Franz, Ueber spast. Obstipation. Med. Klin. IV. 20.

Köhler, Arnold, Zur Therapie d. Ulcus ventriculi u. d. Hyperacidität d. Magensaftes mittels d. Capsul. ol. olivarum asepticae. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Kölliker, Th., Zur Technik d. Oesophagoskopie. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 23.

Kohts, Ueber einige Fälle von *Hirschsprung*'scher Krankheit im Kindesalter. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 5. p. 193.

Kornfold, K., Stenose d. Oesophagus an d. Stelle d. Uebergangs in d. Magen; Gastrostomie behufs Ernährung; Heilung durch Bougirung; Filtrolysininjektionen. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 2. p. 186.

Kuttner, L., Ueber abdominale Schmerzanfälle. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 69 S. 1 Mk. 50 Pf.

Laadonzy, L., Valeur sémiologique des leucoplasies des joues et des commissures dites plaques des fumeurs. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 25. p. 732. Juin 23.

Laquerrière et Delherm, Le rôle de l'électrothérapie dans le traitement de la constipation. Bull. de Thér. CLV. 23. p. 888. Juin 23.

Lavenson, R. S., Congenital obliteration of the bile ducts with cirrhosis of the liver. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 127.

Leersum, E. C. van, De peracetie in der behandling van maagszweer. Nederl. Weekbl. I. 22.

Lowin, A. M. v., Zur Lehre von d. Arteriosklerose d. Magens. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 2. p. 114.

Libman, E., and B. Crohn, Echinococcus cyst of the liver with rupture into the ducts; cholangitis; cholecystitis; pneumococcaemia. Proceed. of the New York pathol. Soc. N. S. VIII. 1 a. 2. p. 45.

Lichtenstein, F., Zur Kenntniss d. akuten Magenlähmung mit sekundärem Duodenalverschluss. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 19.

Loeb, Leo. and Milton K. Meyers, A study in vitro of liver necroses produced by intravenous injections of ether. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 4 a. 5. p. 135.

Loening, Karl, u. Alexander Stieda, Ueber Gastroskopie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Loeper et Ch. Esmonil, La résorption des ferments peptique et pancréatique dans le tube digestif. Compte rendu de la Soc. de Biol. S. 13 pp.

Löwy u. Rob. Glaser, Sind Gallensteine in Galle löslich u. lässt sich d. Lösungsfähigkeit d. Galle durch Medikamente (Cholagoga) steigern? Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 12.

Mantle, Alfred, Mucous colitis and its relationship to appendicitis and pericolitis. Brit. med. Journ. July 4.

Marrassini, A., Sur les modifications, des îlots de *Langerhans* du pancréas, consécutives à la ligature du conduit de Wirsung et à l'hyperglycémie expérimentale. Arch. ital. de Biol. XLVIII. 3. p. 369.

Mathes, P., Enteroptose. Asthenia universalis congenita. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20.

Maylard, A. Ernest, Congenital narrowness of the pyloric orifice a cause of chronic gastric disease in the adult. Brit. med. Journ. July 11.

Mayo, William J., Haemorrhage from the stomach and duodenum. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 451.

Mermod, L'oesophagite phlegmoneuse. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 735.

Mollard et Chatton, Evacuation de l'ascite par l'ombilic, particulièrement dans la cirrhose de *Laennec*. Lyon méd. CX. p. 1187. Mai 21.

Morison, Albert E., The gastroscope. Lancet June 13.

Morone, Giovanni, Contributo allo studio della linite plastica. Rif. med. XXIV. 21. 22.

Morton, C. J., The diagnosis of diseases of the stomach and intestines by the x rays. Lancet July 25.

Mosse, M., Ueber metalymphäm. Lebercirrhose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Müller, F. C., Geschichtl. Beitrag zur Erkennung d. Appendicitis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Nopper, H., Muco-membranous entero-colitis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 21. p. 980. May.

Oertel, Horst, Lymphangitis and perilymphangitis of the liver in their relations to the inflammations of the organ. Arch. of internat. Med. May.

Palfrey, Francis W., *Sahli's* butyrometeric test of gastric function. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 681. May.

Palier, E., Die Blutreaktion zum Nachweis d. Pepsine im Mageninhalt. Wien. klin. Wchaschr. XXI. 20.

Palier, E., A case of chronic diarrhoea, accompanied by pyloric insufficiency. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 20. p. 946. May.

Palier, E., Experiment. Untersuchungen zur Bestimmung d. Toxicität d. Mageninhaltes, d. Milchsäure u. einiger Speisen. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 3. p. 312.

Pawlowsky, A. D., Ueber Glossitis acuta staphylococcica. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Perry, A. W., Common gastric disorders among school children. Calif. State Journ. of Med. VI. 6. p. 207. June.

Plönies, Wilhelm, Ueber d. Beziehungen d. wichtigeren Schlafstörungen u. d. tox. Schlaflosigkeit zu d. gutartigen Magenläsionen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. III. 1. p. 33.

Pöppelmann, Walther, Eine Gallensteinkur [Kurpfuscherbetrug]. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Pollak, Rudolf, Chron. familiärer cholurischer Ikterus. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VIII. 8. p. 92.

Poncet, Antonin, et René Leriche, Tuberculose inflammatoire de l'estomac, tumeurs et sténoses pyloriques d'origine tuberculeuse. Gaz. des Hôp. 61.

Posselt, A., Moderne Leberdiagnostik in funktioneller u. ätiol. Beziehung. Med. Klin. IV. 30.

Pratt, Joseph H., and Royal Hntch, On the occurrence of steatorrhoea unassociated with jaundice or demonstrable pancreatic disease. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 686. May.

Reichmann, Zur Aetiologie, Anatomie u. Diagnose d. akuten Leberatrophie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Reuss, A. v., Ikterus in Folge Obliteration d. Gallengänge. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VIII. 8. p. 89.

Renterskiöld, Adam, och Artur Vestberg, Fall af hypertrophisk vandermjälte med stälkvridning (Morbus *Banti*). Upsala läkareförens. förh. N. F. XIII. 5. s. 355.

Richelot, L. G., Sur l'appendicite chronique. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 19. p. 527. Mai 12.

Riehold, Georg, Weitere Untersuchungen über d. Pathogenese d. Traktionsdivertikel d. Oesophagus. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 193.

Riedel, Ueber Cholecystitis u. Cholangitis sine concremento. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 1.

Robin, Albert, Traitement de la gastrite chronique. Bull. de Thér. CLVI. 2. p. 33. Juillet 15.

Robson, W. M., Acute faecal impaction in the rectum. Brit. med. Journ. May 2.

Robson, A. W. Mayo, On the anatomy of the pancreas in relation to its diseases. Brit. med. Journ. May 16.

Rodari, P., Experimentelles u. Klin. zur Kenntniss d. Beeinflussung d. Magensaftsekretion durch Medikamente. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 482—484. Innere Med. 144—146.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 74 S. 2 Mk. 25 Pf.

Rodman, William L., How frequently do gastric ulcers become carcinomata? Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 657. June.

Ross, S. J., Faecal impaction. Brit. med. Journ. June 27. p. 1572.

Rovsing, Thorkild, Gastro-Duodenoskopie u. Diaphanoskopie. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 575.

Russell, William, On congenital stenosis of the pylorus in the adult. Brit. med. Journ. July 11.

Salignat, Léon, et Joseph Foneand, La dyspepsie des lithiasiques biliaires. Gaz. des Hôp. 58. 59.

Sandberg, Georg, Ueber d. Nachweis d. langen Bacillen in d. Faeces u. dessen klin. Bedeutung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Sannières, Sur une médication particulièrement active des gastropathies. Progrès méd. 3. S. XXIII. 23.

Scheltema, G., Die Permeation u. d. Anwend. ihrer Principien zur Untersuchung u. Behandl. d. Magendarmkanals. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 505.

Schilling, F., Eingeweideprolaps in Folge erhöhtem Innendruckes. Med. Klin. IV. 24.

Schilling, F., Anfangssymptom, Aetiologie u. Therapie d. Rumination. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 3. p. 318.

Schmidt, Adolf, Ueber d. neueren klin. Untersuchungsmethoden d. Darmfunktionen u. ihre Ergebnisse. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Schreiber, Julius, Der Werth d. Recto-Romanoskopie l. d. Erkennung u. Behandl. d. tiefsitzenden Darmerkrankungen. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 66 S. mit 2 Abbild. im Text u. 1 Tafel. 3 Mk.

Schürmayer, B., Krit. Betrachtungen auf d. Gebiete d. Therapie Gallensteinkranker. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 18—23.

Schürmayer, C. Bruno, Ueber interne Therapie b. Cholelithiasis u. über d. Bedeutung d. Probilinpillen b. d. Behandlung Gallensteinkranker. Wien. klin. Rundschau XXII. 18. 19. 20. 22. 23. 25. 27. 29. 30.

Schwarx, Richard, Beitrag zur Diagnose u. Therapie d. Cholelithiasis. [Würzb. Abhandl. VIII. 10.] Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). Gr. 8. 29 S. 85 Pf.

Sichel, C. C., The significance of a blood analysis in appendicitis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 2. p. 53. July.

Simon, Oscar, Zur Behandlung d. chron. Obstipation. Therap. Monatsh. XXII. 6. p. 280.

Singer, Gustav, Darmerkrankungen im Klimakterium. Med. Klin. IV. 48.

Singer, Gustav, Die leitenden Gesichtspunkte in d. Therapie d. chron. Obstipation. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 24.

Smith, Andrew, Primary pneumococcic peritonitis. Brit. med. Journ. May 30.

Sonnenburg, E., u. R. Kothe, Die Ricinusbehandl. d. akuten Appendicitis. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 109.

Staehelin, August, Beitrag zur Casuistik d. primären Magensarkoms. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 2. p. 123.

Sternberg, Wilhelm, Eine neue Behandlung d. Ulcus ventriculi mittels rationeller Küche. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 253.

Sternberg, Wilhelm, Die Appetitlosigkeit. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 8.

Stoïcesoo et Bacaloglu, Quelques considérations à l'occasion de 2 cas d'ictère grave, dont l'un suivi de guérison. Revue de Méd. XXVIII. 5. p. 468.

Stransa, H., u. J. Leva, Untersuchungen über d. Motilität d. menschl. Magens mittels d. Fettzwiebackfrühstücks. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 161.

Talbot, Fritz B., Composition of large curds in infant's stools. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 24. p. 905. June.

Tellier, Julien, De la gastrite septique d'origine buccale. Lyon méd. CX. p. 1121. Mai 24.

Theodorov, Athanas, Ein Fall von primärem Sarkom d. Leber. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 12.

Thiroloix, J., et Robert Debré, Cholécystites expérimentales. Revue de Méd. XXVIII. 5. p. 401.

Tucker, E. F. Gordon, Malarial cirrhosis of the liver. Lancet May 23.

Vix, Wilhelm, Beitrag zur Kenntniss d. Lebercirrhose im Kindesalter. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 278.

Vrios, J. Carlisle do, The psychic phenomena of intestinal toxaemias and their treatment. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 18. p. 826. May.

Walko, Karl, Die larvirten Formen d. chron. Appendicitis. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 24. 25. 27—30.

Watkins-Pitchford, W., An unusual case of oesophageal obstruction. Transvaal med. Journ. III. 10. p. 252. May.

Wegele, Carl, Ueber Polyposis ventriculi (Polyadenome gastrique). Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 53.

White, Franklin W., Acute yellow atrophy of the liver. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 729. May.

Wilbrox, W. H., The importance and significance of the chemical examination of the gastric contents after a test meat, with a new method for estimating the ferment activity of the gastric contents. Lancet July 25.

Würz, Eine vergleichende Studie über d. Magensekretion nach *Riegel*'scher Probemahlzeit, *Ewald*'schem Probefrühstück u. *Sahli*'scher Suppe. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 24.

Zweig, Walter, Ueber d. Colitis ulcerosa chronica. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 3. p. 284.

Zweig, Walter, Die Rectoskopie u. ihre Bedeutung f. d. Diagnose u. Therapie d. Colitis ulcerosa. Wien. klin. Rundschau XXII. 29.

S. a. I. Abderhalden, Albu, Boenniger, Embden, Friedmann, Fuld, Hunter. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Baumgarten, Fischler, Jacobson, Miller, Sittler, Vincenti, Wallgren. IV. 1. Hausen; 2. Di Donna, Eisen, Haenisch, Konrich, Mazzetti, Quénu, Rochard; 3. Klopstock; 4. Bishop, Schilling; 11. Bendig, Martland. V. 2. c. *Chirurgie d. Bauchorgane.* VII. Blain, Czyzewicz, Labbé, Schulle, Schwarzbach. VIII. Allaria, Biffi, Bunts, Esch, Hecht, Hunter, Inglis, Koplik, Shaw. XIII. 2. Chassecourt, De Bussacher, Frey, Leo, Magnus, Manguschoff, Rodare, Yukawa. XIV. 1. Barrère; 3. Morton; 4. Bardet. XVIII. Brandts, Grünhaum.

6) *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren und der männlichen Genitalien, ausschliesslich der Syphilis.*

Ballngi, John, Acute syphilitic nephritis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 26. p. 1240. June.

Blum, Viktor, Zur Pathogenese d. intermittirenden Hydronephrose. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 29. 30.

Blum, V., u. H. Prigl, Was leistet d. Phlorizinprobe f. d. funktionelle Nierendiagnostik. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 22.

Brodzki, Johannes, Experim. Untersuchungen über d. Verhalten d. Blutdruckes u. über d. Einfluss d. Nahrung auf dens. b. chron. Nephritis. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 3. p. 310.

Cabot, Hugh, Persistent haematuria due to varicose veins of papilla of kidney. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 22. p. 832. May.

Castaigne, J., et F. Rathery, Les lésions du rein dans l'intoxication aiguë expérimentale par le suhlimé. Arch. de Méd. expérim. XX. 3. p. 297. Mai.

Christiau, Henry A., A glomerular lesion of experimental nephritis. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 1. p. 8. July.

Chute, Arthur L., Some urinary infections with a variety of the staphylococcus albus. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 18. p. 569. April.

Cole, Lewis Gregory, Radiographic diagnosis of renal lesions. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 17. p. 774. April.

Esser, Zur Kenntniss d. congenitalen Nebennierenlues. Zugleich ein Beitrag zur Frage d. Entstehung isolirter Nebennierentuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Howard, Harvey Jones, The determination of the ozcretory efficiency of the kidney. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 67. May.

Huber, John B., The kidney in acute infections. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 22. p. 1030. May.

Kapsammer, Zur Frage d. orthostat. Albuminurie. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 21.

Lenk, Robert, Zur funktionellen Nierendiagnostik. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 21.

Levin, Isaac, Renal pyuria without apparent lesion of the kidney. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 3. p. 120. July.

Lichtenstern, Robert, Zur Frage d. Phlorizinprobe. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Lissauer, Max. Zur Kenntniss d. Nebennierenblutungen. Virchow's Arch. CXCIII. 1. p. 137.

Minet, Jean, et Jules Leclerq, Urémie cantharidienne, au cours d'une néphrite latente. Echo méd. du Nord XII. 30.

Morison, B. J., Suprarenal haemorrhage in an infant; its relation to haemophilia. Lancet June 6.

Mouriquand, G., et A. Policard, L'alternance fonctionnelle des tubes uriaires dans les néphrites expérimentales aiguës. Lyon méd. CX. p. 981. Mai 3.

Muir, J. C., Uraemic dyspnoea in a child, aged 20 months. Lancet May 30. p. 1550.

Örum, H. P. T., Die Funktionsprüfung d. Nieren, bes. d. Prüfung mit Jodsalzen. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 29.

Stejskal, Carl v., u. Viktor Blum, Nochmals zur Frage d. orthostat. Albuminurie. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20.

Stoerk, Oskar, Zur Histogenese d. *Grawitz*'schen Nierengeschwülste. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. XLIII. 3. p. 393.

Strauss, H., Ueber d. Flüssigkeitszumessung b. d. Ernährung von Nephritikern. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 21.

Tileston, Wilder, and S. Burt Wolbach, Primary tumors of the adrenal gland in children. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 6. p. 871. June.

Whitney, William F., Varicose veins of the papilla of the kidney; a cause for persistent haematuria. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 21. p. 797. May.

Winternitz, Wilhelm, Kältereize u. d. „lordotische" Albuminurie. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 4.

S. a. 1. *Harnuntersuchungen.* II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Huberor. IV. 4. Nowicki; 9. Paszkiowicz, Stoeltzner. V. 2. d. *Chirurgie d. Harnorgane.* VII. Elgood. XIII. 2. Jonescu, Porges.

7) *Krankheiten der Bewegungsorgane.*

Beattie, James M., Acute rheumatism. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 5. p. 391. May.

Dunn, Charles Hunter, Peculiarities of the symptomatology of rheumatism in children. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 1. p. 66. July.

Ferraris-Wyss, E., Der Rheumatismus als Nachkrankheit d. Chorea minor. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 1. p. 60.

Griffith, J. P. Crozer, A case of articular rheumatism in an infant. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 196.

Keith, John R., Myalgia. Brit. med. Journ. June 13.

Knoblauch, August, Das Wesen d. Myasthenie u. d. Bedeutung d. hellen Muskelfasern f. d. menschliche Pathologie. Frankf. Ztschr. f. Pathol. II. 1. p. 57.

Legg, Arthur T., A case of traumatic local teleangiectasis of a tendon. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 3. p. 85. July.

Rautenberg, E., Zur pathologischen Physiologie menschl. Skelettmuskeln u. über gewisse Beziehungen zur Funktion d. Herzmuskels. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 4. p. 388.

Riedinger, J., Hypertrophie d. Wadenmuskulatur im Anschluss an Venenthrombose nach Typhus. Arch. f. Orthop. u. s. w. VI. 2. p. 229.

Robin, Albert, Le traitement de la polyarthrite déformante et du rhumatisme chronique. Bull. de Thér. CLV. 18. 19. 20. 21. p. 693. 724. 753. 801. Mai 15. 23. 30. Juin 8.

Schwarz, Ein Fall von fibromatöser Verdickung d. Achillessehne. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23.

Titlestad, Karl J., Subcutane knuder ved rheumatismus acutus i barnealderen (rheumatismus nodosus) med sektionsresultat. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 6. s. 574.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Heubner, Wladimiroll; 8. *Neurotische Muskelleiden.* X. Jacqueau. XIII. 2. Harnack.

8) *Krankheiten des Nervensystems.*

Adams, Samuel S., Grip meningitis. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 145.

Alger, Ellice M., To what extent is migraine amenable to treatment of the eyes. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 23. p. 1082. June.

Allen, Alfred Reginald, The symptom complex of transverse lesion of the spinal cord and its relation to structural changes therein. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 735. May.

Alrutz, Sydney, Ein neues Algesimeter zum klin. Gebrauch. Deutsches Arch. f. Nervenhkde. XXXIV. 5 u. 6. p. 478.

Anders, Wide, Ett fall af poliomyelitis anterior acuta. Hygiea 2. F. VIII 6. s. 550.

Anglade et Jacquin, Syndrome cérébelleux chez une femme de 51 ans; atrophie cérébelleuse. Revue de Méd. XXVI. 6. p 524.

Apelt, F., u. O. Schumm, Untersuchungen über d. Phosphorsäuregehalt d. Spinalflüssigkeit unter pathol. Verhältnissen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 845.

Bailey, Pearce, Spinal cord tumor and trauma. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 5. p. 315. May.

Bailey, Pearce, The relation of trauma to organic diseases of the spinal cord. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 5. p. 324. May.

Baldenweck, L., Les altérations du ganglion de Gasser et de la VIme pair au cours des inflammations de l'oreille moyenne. Ann. d'Oenlist. CXXXIX. 4. p. 246. Avril.

Baldwin, Helen, A case of meningeal tumor compressing the cerebellum. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 5. p. 289. May.

Bardenheuer, Das Wesen u. d. Behandlung d. Neuralgie. Grenzgeb. in d. Med. p. 376.

Barshinger, M. L., Sciatica. New York med. Record LXXIII. 17. p. 683. April.

Batier, Pseudo mal de Pott lombaire hystérique. Echo méd. du Nord XII. 28.

Bauer, Albert, Beitrag zur Frage d. Prognose u. Therapie d. multiplen Sklerose. Mittheil. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 3. p. 45.

Bauer, Koloman, Der chem. Nachweis d. degenerativen Nervenkrankheiten. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 11 u. 12. p. 502.

Baumann, Walther, Zur Therapie d. Basedow'schen Krankheit mit Antithyreoidin *Möbius.* Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20.

Benon, R., Les amaésies. Gaz. des Hôp. 67.

Berger, Hans, Ueber einen unter d. Bilde d. Tetanus verlaufenden Fall von Influenzaencephalitis. Med. Klin. IV. 23.

Bernhardt, M., Die Behandlung d. *Basedow*'schen Krankheit. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 27.

Bikeles, G., Rückenmarkbefunde a) nach Nervenkreuzung u. b) nach Nervenpfropfung. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 10.

Bing, Robert, Indikationen u. Grundsätze f. d. medikamentöse u. diätet. Behandlung d. Neurastheniker. Therap. Monatsh. XXII. 7. p. 332.

Biro, Max, Ueber Hirngeschwülste. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 213.

Bloch, Ernst, Ueber einen Fall von sensorischer Aphasie mit Apraxie. Wien. klin. Rundschau XXII. 19. 20. 21.

Bloch u. Julius Hochinger, Anosmie b. Schläfenlappenabscess. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 1 u. 2. p. 32.

Blumenthal, Ferd., Serum treatment of exophthalmic goitre. Fol. ther. II. 2. p. 62.

Bonnier, Pierre, La baresthésie. Revue neurol. XVI. 11. p. 526.

Bornstein, M., Neurolog. Beiträge. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 193.

Boycott, A. E., and G. C. C. Damant, Some lesions of the spinal cord produced by experimental caison disease. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XII. 4. p. 507. April.

Brogman, L. E., Zur Totalanästhesie. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 11.

Brown, Samuel Horton, The fifth nerve in relation to ophthalmic conditions. New York med. Record LXXIII. 18. p. 732. May.

Burr, Charles W., The mental state in chorea and chloroform affections. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 6. p. 353. June.

Cadwalader, W. B., Segmental astereognosis in parietal lesions. Journ. of nerv. a. mont. Dis. XXXV. 5. p. 329. May.

Camp, Carl D., A case of *Brown-Sequard* paralysis. Physic. a. Surg. XXX. 3. p. 103.

Camp, Carl D., A case of post-diphtheritic multiple neuritis with vesicle involvement. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 1. p. 22. July.

Capelle, Ueber d. Beziehung d. Thymus zum Morbus Basedow. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 2. p. 353.

Cartaz, A., Troubles vasomoteurs de la face. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 75.

Casassus, Paul, Paralysie faciale au cours du zona. Gaz. des Hôp. 71.

Catola, Polynévrite amyotrophique tuberculeuse aiguë à type descendant. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 2. p. 129. Mars—Avril.

Cheatle, G. Lendal, On the mental nerve area and its relation to greyness of hair. Brit. med. Journ. July 4.

Chnrton, T., The treatment of maniacal chorea. Brit. med. Journ. July 25. p. 197.

Churchill, Frank Spencer, On the bacteriology of meningitis. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. s. 131.

Collins, Joseph, Cerebellar hemorrhage. New York med. Record LXXIII. 19. p. 763. May.

Collins, Joseph, and Harrison S. Maitland, Disease of the primary motor neurones causing the clinical picture of acute anterior poliomyelitis; the result of poisoning by cyanide of potassium. Journ. of nerv. a. mont. Dis. XXXV. 1. p. 1. July.

Conzen, Franz, Ueber d. Bedeutung d. Achillessehnenreflexes. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Coues, W. P., A lipoma arising from the brachial plexus. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 20. p. 766. May.

Courmont, Paul, et A. Csde, Maladie de *Recklinghausen* et tumeur du cervelet. Lyon méd. CXI. p. 3. Juillet 5.

Courmont, Jules et Crémieu, Effets de la déchloruration chez un épileptique bromuré. Lyon méd. CX. p. 1373. Juin 28.

Dsmaye, Henri, et Manrice Desruelles, Affaiblissement intellectuel post-confusionnel chez une tuberculeuse; granulie méningée. Echo méd. XII. 24.

Dana, Charles L., A family type of combined sclerosis associated with grave anemia. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 5. p. 322. May.

Delavan, D. Bryson, The etiology of the paralysis of the recurrent laryngeal nerves of peripheral origin. New York med. Record LXXIV. 3. p. 92. July.

Delèarde et Breton, Un nouveau cas de réaction méningée à liquide louche et aseptique, compliquée d'arthrite du coude de même nature. Echo méd. du Nord XII. 30.

Dercum, F. X., Tumor of the frontal lobes with symptoms simulating paresis. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 1. p. 438. July.

Deutsch, Wilhelm, Zur Diagnostik d. Agrypnie. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 25.

Dison, Charles F., Inflammation of the circumflex nerve. New York med. Record LXXIV. 1. p. 18. July.

Donalies, Ein rhinogener Hirnabscess. Arch. f. Ohrenhkde. LXXV. 3 u. 4. p. 199.

Donath, Julius, Ueber hyster. Amnesie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 559.

Dowd, J. Henry, The pulse of the nervous system. New York med. Record LXXIII. 19. p. 768. May.

Duncan, Andrew, Ueber d. Sonnenstich. Med. Klin. IV. 27.

Dunger, Ueber Tabes dorsalis. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 57.

Edingor, L., Ueber d. heutigen Stand d. Therapie d. Nervenkrankheiten. Grenzgeb. in d. Med. p. 149.

Edinger, L., Die Rolle d. Aufbrauchs b. d. Nervenkrankheiten. Med. Klin. IV. 28.

Erben, S., Ueber Ataxie. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 6.

Erben, S., Ueber d. *Romberg*'schen Versuch b. Tabes u. b. traumat. Neurose. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 29.

Fichera, G., Beitrag zum Studium d. Struktur d. normalen u. patholog. Nervensystems. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 11.

Fischer, Ferdinand, Ueber Fibromatose der Nervenscheiden d. Augenlider. Arch. f. Augenhkde. LX. 4. p. 312.

Forehheimer, F., Anorexia nervosa in children. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 110.

Forster, Edm., Schwierigkeiten in d. Diagnostik d. Hirntumoren. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Fox, J. Tregalles, A plea for the habitual performance of autopsies in cerebral practice. Brit. med. Journ. June 13.

Francais, Henri, et R. Jacques, Etude anatomo-clinique d'un cas de ramollissement bulbo-protubérantiel. Revue neurol. XVI. 11. p. 521.

Frenkel-Heiden, H., Die mechan. Behandl. d. Nervenkrankheiten. Greuzgeb. in d. Med. p. 420.

Fronnd, Ernst, Ein Fall von Schwangerschaftsmyelitis. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 25.

Friedländer, Julins, Zur Kenntniss d. Hyperidrosis unilateralis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Froment, Aphasie avec dysarthrie. Revue de Méd. XXVI. 6. p. 531.

Fuchs, Alfred, Symptomat. Therapie u. Pflege b. Tabes dorsalis mit 1 Karte u. 7 Abbild. im Texte. Beitr. z. med. Klin. IV. 5.

Gibb, J. A., Tetany in the adult. Brit. med. Journ. July 11.

Gleitsmann, J. W., Recurrent and abdnctor paralysis of the larynx. New York med. Record LXXIV. 1. p. 12. July.

Glover, J., Explication anatomo-clinique de la mort subite dans la lésion du pneumogastrique. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 772.

Goldan, J. Ormond, Neuralgia. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 24. p. 1141. June.

Goldstein, Knrt, Zur Lehre von d. motorischen Apraxie. Journ. f. Psychol. u. Neurol. XI. 4 u. 5. p. 169.

Gordinier, Herman C., The report of 2 cases of acuto ascending paralysis of the type of *Landry* with recovery. Albany med. Ann. XXIX. 5. p. 393. May.

Gordon, Alfred, *Bier's* method in treatment of some neuroses. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 5. p. 322. May.

Gowers, William, A case of cervical myelopathic trichosis. Transact. of the med.-chir. Soc. of London XC.

Graeffner, Larynx n. multiple Sklerose. Ztschr. f. Laryngol. u. Rhinol. I. 2. p. 167.

Grasset, J., et L. Rimbsud, Un cas de paraphasie, ramollissement de la première circonvolution temporale ganche. Revue neurol. XVI. 12. p. 577.

Gray, Albert A., Report of a case of cerebral abscess; rupture into the lateral ventricle. Glasgow med. Journ. LXIX. 6. p. 414. June.

Grund, Georg, Zur Kenntniss d. Syringomyelie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 304.

Guillain, Georges, La dégénération des cordons postérieurs de la moelle associée à la dégénération du faisceau pyramidal chez les hémiplégiques. Revue neurol. XVI. 9. p. 405.

Haenel, Hans, Eine typische Form d. tabischen Gehstörung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 279.

Haenel, H., Zur Symptomatologie d. Tabes. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 54.

Hammerschmidt, Hyster. Lähmung durch einen Schuss. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XIV. 4. p. 102.

Harris, Thomns J., The diagnostic value of symptoms of the larynx, phsrynx and nose in nervous diseases. New York a. Philad. LXXXVII. 20. p. 913. May.

Hartenberg, P., L'autosuggestion chez les neurasthéniques. Revue de Méd. XXVI. 6. p. 561.

Haskovec, L., Die Forderung von Kliniken für Nervenkranke. Wien. klin. Rundschau XXII. 29.

Hegener, J., Statistik d. Ohreiterungen u. Hirncomplikationen, beobachtet in d. Heidelberger Universitäts-Ohrenklinik. Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 1. p. 3.

Hoilbronner, Knrl, Zur Diagnostik d. Rückenmarkstumors. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 289.

Herring, Arthur P., Psychotherapy in the treatment of the functional neuroses. New York a. Philad. LXXXVII. 19. p. 885. May.

Herzfeld, A., Zur Behandl. d. Migräne. Therap. Monatsh. XXII. 5. p. 243. — New Yorker med. Mon.-Schr. XXI. 1. p. 1.

Hildebrnndt, Dyspraxie b. linkseit. Hemiplegie. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 12.

Hildebrandt, Angust, Die chirurgische Behandlung d. Basedow'schen Krankheit. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29.

Hoohhaus, Beiträge zur Pathologie d. Gehirns. Multiples Gliom von ungewöhnl. Ausdehnung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 185.

Hoke, Edmund, Ein Fall von schwerer Myelitis mit gangränosem Decubitus; permanentes Wasserbad; Heilung. Med. Klin. IV. 25.

Holt, L. Emmet, and Frederic H. Bartlett, The epidemiology of acute poliomyelitis. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 647. May.

Huber, Francis, Meningococcus hydrocephalus. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 167.

Hudovernig, Carl, Die Unterschiede centraler u. peripher. Facialislähmungen u. d. anatom. Grundlage derselben. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 12.

Hunt, J. Ramsay, Ein Fall von Poliomyelitis poster. d. Ganglion geniculi. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 11.

Hunt, J. Ramsay, The relation of locomotor ntaxia nnd paresis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 1. p. 3. July.

Jahnel, Franz, Ein Beitrag zur Geschichte d. hyster. Mutismus. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 11.

Jelliffe, Smith Ely, A contribution to the pathogenesis of some epilepsies. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 4. p. 243. April.

Jelliffe, Smith Ely, Hysteria and the reeducation method of *Dubois*. Now York a. Philad. med. Jonrn. LXXXVII. 20. p. 926. May.

Jelliffe, Smith Ely, A contribntion to tho history of *Huntingtons* chorea. Neurographs I. 2. p. 116.

Jones, Ernest, The significance phrictopathic sensation. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXII. 1. p. 427. July.

Joshymura, Kisaku, Ueber d. *Mendel*'schen Fussrückenreflex. Wien. klin. Rundschau XXII. 20. 21.

Kanasugi, H. E., Beiträge zu d. intracraniellen otogenen Erkrankungen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 2.

Kaple, Edward B., A case of exophthalmic goître; its treatment. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 5. p. 325. May.

Koppler, Carl R., The treatment of infantile paralysis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 25. p. 1186. June.

Kilvington, Basil, An investigation on the regeneration of nerves with regard to surgical treatment of certain paralyses. Brit. med. Journ. June 13.

Klinik f. psych. n. nervöse Krankheiten, herausgeg. von *Robert Sommer*. III. 1. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 74 S.

Klippel et François-Dainville, Hémiplégie droite avec aphasie motrice d'origine typhique, datant de 30 ans, accompagnée d'alexie et de dissociation syringomyélique de la sensibilité. Revue neurol. XVI. 12. p. 581.

Knapp, Albert, Fortschritte in d. Diagnostik d. Gehirntumoren. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19. 20.

Knapp, Albert, Simulation einer Tastlähmung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 22.

Kobrak, Franz, Allgem. Pathogenese u. Symptomatologie d. kindl. Sprachstörungen, insbes. d. Stotterns. Med. Klin. IV. 30.

Korner B., Ein Vergleich d. klin. Erscheinungen b. Kern- u. Stammlähmungen d. Vagus recurrens u. d. Oculomotorius. Ztschr f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 2. p. 153.

Kohts, Ueber diphther. Lähmungen u. ihre Behandlung. Therap. Monatsh. XXII. 7. p. 329.

Kollarits, Jenö, Weitere Beiträge zur Kenntniss d. Heredodegeneration. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 5 u. 6. p. 410.

Kolmer, John Albert, Intermittent lamnes. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 80. May.

Kondrow, Alexander J., A case of pneumococcal meningitis. Lancet Jnne 13. p. 1694.

Krumbhaar, E. B., Poliencephalitis superior. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 84. May.

Kühne, Traumat. isolirte periphere Lähmung d. Oberschulterblattnerven (Nervus suprascapularis). Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XIV. 4. p. 97.

Lachmund, H., Untersuchungen über d. Convergenzreaktion b. reflektor. Pupillenstarre. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Laignel-Lavastine, Syndrome d'hémi-queue de cheval par méningo-radiculite syphilitique. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 2. p. 117. Mars—Avril.

Lannois et Paul Gautbier, Neuromyélite optique. Lyon méd. CX. p. 1021. Mai 10.

Lannois et J. Paviot, La nature de la lésion histologique de la chorée de *Huntington*. Neurographs I. 2. p. 105.

Lepino, R., Sur 2 cas de rhumatisme cérébral. Lyon med. CXI. p. 41. Juillet 12.

Leronx, R., A propos de la névrite spinale d'origine otique. Arch. internat. Laryngol. etc. XXV. 3. p. 833.

Le Roy, Bernard R., Is idiopathic epilepsy with associated paralysis dne to the sction of a germ? New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 25. p. 1200. June.

Lewandowsky, M., Die Diagnose d. Hirnabcesse. Med. Klin. IV. 27.

Lewinski, Joh., Ungewöhnl. ausgedehnte Sympathicusbetheiligung b. *Klumpke*'scher Lähmnng in Folge von Lues cerebrospinalis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 28.

Liepmann, H., Ueber d. agnost. Störungen. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 13. 14.

Lindemuth, Beitrag zur Entstehung der Polio-

myelitis anterior acuta nach Trauma. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 6. p. 180.

Lundborg, Herman, Ueber d. sogen. metatroph. Behandlungsmethode nach *Toulouse-Richet* gegen Epilepsie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 452.

Macnamara, Eric D., Blood pressure in neurasthenic states and the effects of certain formes of treatment thereon. Lancet July 18.

Marburg, Otto, Zur Frage d. infantilen u. juvenilen Tabes. Beibl. zu d. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 3. p. 54.

Marina, Alessandro, Gieht es formes frustes oder rudimentäre Formen d. muskulären Dystrophie (*Erb*) u. ist deren Heilung möglich? Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25.

Mattauschek, Emil, Neurosen u. Militärdiensteignung. Militärarzt XLII. 8.

Matthies, Ueber einen Fall von hyster. Dämmerzustand mit retrograder Amnesie. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 2. p. 188.

Mauss, Theodor, Klin. Beiträge zur Diagnostik bulbärer Herderkrankungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 5 u. 6. p. 398.

Mayer, Edward E., and Frederick Proescher, Glioma of the brain. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 1. p. 4. July.

Mayr, E., Physik.-chem. Untersuchungen zur Physiologie u. Pathologie d. Rückenmarks. Journ. f. Psychol. u. Neurol. XI. 4 u. 5. p. 228.

Meltzer, Zur Pathogenese d. Opticusatrophie u. d. sogen. Thurmschädels. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 12.

Meyer, Semi, Relative Eupraxie b. rechts Gelähmten. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Middleton, G. S., A case of diphteritic paralysis treated by injections of the anti-diphteritic serum of *Roux*. Lancet July 18.

Milian, Le traitement étiologique du tabes. Progrès méd. 3. S. XXIII. 25.

Mills, Charles K., Hemianesthesin to pain and temperature and loss of emotional expression on the right side, with ataxia of the upper limb on the left. The symptoms probably due to a lesion of the thalamus or superior peduncles. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 5. p. 331. May.

Moon, R. O., Epilepsy and migraine. Lancet May 9. p. 1367.

Monieset et Bouchut, Syndrome de *Schmidt*. Paralysie unilatérale homologue d'une corde vocale, du voile du palais, du sterno-cleido-mastoïdien et du trapèze. Lyon méd. CXI. p. 69. Juillet 19.

Mouriquand, Georges, et Léon Bouchet, L'asystolie mortelle dans la maladie de *Basedow*. Semaine méd. XXVIII. 28.

Müller, Eduard, Ueber akute Paraplegien nach Wuthschutzimpfungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 252.

Münzer, Arthur, Zur Histologie u. Classifikation d. *Landry*'schen Paralyse. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Muriyasu, Renkichi, Zur pathol. Anatomie d. Paralysis agitans. Arch. f. Psych. u. Nervenhkde. XLIV. 2. p. 787.

Noïca, Le mécanisme de la contracture. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 2. p. 152. Mars—Avril.

Oberndörffer, Ernst, Zur Kenntniss der Arrestantenlähmung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 21.

Oeler, William, Historical note on hereditary chorea. Nonrographs l. 2. p. 113.

Ottone, C., La cefalopina nella cura dell'epilessia, dell'isterismo, della neurastenia e di altre malattie nervose. Rif. med. XXIV. 25.

Paviot, J., et Léon Nové-Josserand, Myoclonie chez un vieillard, avec autopsie. Revue de Méd. XVIII. 6. p. 505.

Peters, A., Ueber congenitale Wortblindheit. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21. 23.

Peyser, Alfred, Ueber isolirte Lähmung d. Musc. rectus externus b. gleichzeitiger eitriger Mittelohrentzündung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Pinard, Marcel, Etude clinique de la méningite saturnine. Gaz. des Hôp. 81.

Ponthière, L. de, L'origine naso-pharyngienne de la chorée. Arch. internat. de Laryngol. otc. XXVI. 4. p. 75.

Ramond et Cottenot, La névrite chloroformique. Progrès méd. 3. S. XIII. 28.

Redlich, Emil, u. Giulio Bonvicini, Ueber d. Fehlen d. Wahrnehmung d. eigenen Blindheit b. Hirnkrankheiten. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 8. 133 S. 3 Mk. — Jahrb. f. Psych. XXIX. 1. p. 1.

Reinmöller, Ueber Neuralgien. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 6. p. 427.

Renner, Ueber falsche Lokalisation d. Schmerzempfindung b. Rückenmarkscompression. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 210.

Renner, Ueber einen Fall von syphilit. Spinalparalyse. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 5 u. 6. p. 461.

Rhein, John H. W., Syringomyelia with syringobulbia. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 193.

Ribierre, P., et G. Parturier, Sur un cas de granulie méningée avec polynucléose et bacillose abondantes du liquide céphalo-rachidien. Progrès méd. 3. S. XXIII. 21.

Ricca, Silvio, Contributo clinico per la diplegia facciale. Rif. med. XXIV. 27.

Ricksher, Charles, and E. E. Southard, A complicated case of brain tumor. Amer. Journ. of Insan. LXIV. 4. p. 695. April.

Roemheld, L., *Freud's* Hysterie-Theorie. Bitemporale Hemianopsie als einziges Symptom cerebraler Lues. Tabes mit Krisen von Hemihidrosis unilateralis. Facialislähmung mit contralateralen Zuckungen b. elektr. Reizung. Angina pectoris u. Herzsyphilis. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 19. 21.

Rönne, Henning, Dissemineret Sclerose og retrobulbär Neuritis. Hosp.-Tid. 5. R. I. 30.

Roso, Aenoas, Note on a case of functional paraplegia with associated paralysis of the bladder. Lancet May 16.

Roseolimo, G. J., Der Zehenreflex (ein speciell patholog. Sehnenreflex). Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 10.

Rudinger, Karl, Chorea u. Tetanie. Wien. klin. Wchnschr. LVIII. 27.

Ruhrah, John, The rest treatment of chorea. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 218.

Saenger, Alfred, Ueber Herdsymptome bei diffusen Hirnerkrankungen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Salomon, H., u. M. Almagia, Ueber Durchfälle b. Morbus Basedow. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 24.

Sanndby, Robert, On cerebral influenza. Brit. med. Journ. June 5.

Schmalz, Verlauf u. Therapie d. Tabes. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 58.

Schoenhorn, S., u. Hans Krieger, Klin. Atlas d. Nervenkrankheiten. Mit einem Vorworte von *W. Erb*. Heidelberg. Carl Winter's Univers.-Buchh. Gr. 8. VIII S. mit 186 Lichtdrucktafeln u. 13 Textabbild. 28 Mk.

Schönfeld, R., Nervöse Störungen nach Unfällen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 7. p. 211.

Schroeder, O. E., Et Tilfälde af Paralysis agitans med Intentionstremor. Hosp.-Tid. 5. R. I. 20.

Schütze, Albert, Tabes u. Lues. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 397.

Schutter, W., Een geval van eenzijdige cerebrale verlamning van het strottenhoofd. Nederl. Weekbl. II. 3. blz. 155.

Schwarz, Ueber Schriftblindheit. Fortschr. d. Med. XXVI. 17. p. 527.

Schwarz, Eduard, Ueber akute Ataxie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 5 u. 6. p. 456.

Socchi, Ricardo, e Giovauni Maroschi, Doppia sindroma di *Weber* e di *Benedict*. Ril. med. XXIV. 28.

Shouen, James, Remarks on chronic neuritis of the ulnar nerve due to delormity of the region of the ellbow-joint. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 6. p. 500. Juno.

Smith, Homer E., The correlation of eye strain and the functional neuroses. New York med. Record LXXIII. 22. p. 891. May.

Soliori, Santo, Transversaler Schnitt d. Rückenmarks, bedingt durch eine Schnittwunde in d. Höhe d. 3. Rückenwirbels. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 85.

Sommer, Depressionszustände u. ihre Behandlung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25.

Souques, Anévrysme volumineux d'une branche de l'artère cérébrale moyenne ou sylvienne; signes de tumour cérébrale; durée de 55 ans. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 2. p. 108. Mars—Avril.

Souques et Harvier, Névrose sécrétoire. Revue neurol. XVI. 10. p. 465.

Southard, E. E., On the mechanism of gliosis in acquired epilepsy. Amer. Journ. of Insan. LXIV. 4. p. 607. April.

Spiller, William G., The symptom-complex of occlusion of the posterior inferior cerebellar artery. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 6. p. 365. June.

Spiller, William G., The association of syringomyelia with tabes dorsalis. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 215.

Squier, J. Bentley, The bladder in tabes. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 22. p. 1038. May.

Stcherback, Alexandre, Cas d'acathisie (acathisia paraesthetica) guérie par l'autosuggestion: Paresthesies vibratoires. Progrès méd. XXXIII. 22.

Stscherback, Alexandre, Signe de *Babinsky* et dissociation des reflexes profonds et cutanés, provoqués expérimentalement chez l'homme. Revue de neurol. XVI. 9. p. 408.

Steinert, H., Die Bedeutung von Bewegungsstörungen d. äusseren Augenmuskeln f. d. Lokalisation neutraler Herderkrankungen. Med. Klin. IV. 25.

Stekel, Wilhelm, Die Angstneurose d. Kinder. Med. Klin. IV. 18.

Stephenson, Sydney, Juvenile tabes dorsalis. Lancet May 16.

Stern, Arthur, Ueber Tumoren d. 4. Ventrikels. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 195.

Steyerthal, Armin, Ueber *Huntington*'sche Chorea. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 656.

Strumpell, Adolf, Zur Casuistik d. chron. *Huntington*'schen Chorea. Neurographs I. 2. p. 98.

Stursberg, H., Krit. u. experiment. Beiträge zur Frage d. Verwendbarkeit d. *Bier*'schen Stauung b. Hirnhautentzündungen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Thomas, John Jenks, Hysteria in children. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 4. p. 209. April.

Tilney, Frederick, A family in which the chronic strain may be tracted back to colonial Connecticut. Neurographs I. 2. p. 124.

Tissot, F., Épilepsie et ponction lombaire. Progrès méd. 3. S. XXIII. 19.

Tobias, E., Ueber d. Behandl. d. Basedow'schen Krankheit. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 2. p. 82.

Tsunoda, T., Beitrag zur Kenntniss d. Myelitis ex neuritide. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 25.

Tucker, Boverley R., Epilepsy. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 23. p. 1085. Juno.

Uchermann, V., Otit. Gehirnleiden. Arch. f. Ohrenhkde. LXXV. 3 u. 4. p. 261.

Valkenburg, C. T. van, Zur Kenntniss d. gestörten Tiefenwahrnehmung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 322.

Verhaeghe, Etienne, et Veaudeau, Epilepsie procursive. Echo méd. du Nord XII. 27.

Voelcker, Arthur Francis, The treatment of chorea. Folia ther. II. 2. p. 59.

Volland, Zur Casuistik d. krampfhaften Respirationsstörungen auf epilept. Basis. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 14.

Volland, Casuist. Beitrag zu d. traumat. Rindendefekten d. Stirn- u. Centralwindungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 835.

Voss, G., Zur Frage d. erworbenen Myotonien u. ihrer Combination mit d. progress. Muskelatrophie u. angeb. Muskeldefekt. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 5 u. 6. p. 465.

Voss, Einige neuere Arbeiten über Hysterie. Schmidt's Jahrbb. CCXCIX. p. 47.

Wallisch, Wilhelm, Trigeminusneuralgien, hervorgerufen durch Veränderungen d. Zähne. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 24.

Walton, Albert J., A consideration of the state of the autonomic nervous system in acute surgical conditions. Lancet July 11.

Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte, Baden-Baden, 30. u. 31. Mai. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 28. Vor.-Ber.

Waterman, G. A., The valne of lumbar puncture in syphilitic and parasyphilitic diseases of the nervous system. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 726. May.

Weber, F. W. A., Ueber subcutane totale Zerreissung d. Plexus brachialis ohne Verletzung d. Knochen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Weisenburg, T. H., Ascending posterolateral sclerosis. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 5. p. 332. May.

Weisswange, Ueber d. Nervosität d. Frauen u. ihre Verhütung. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 16 S. 25 Pf.

Weyland, Ludwig, Ueber interparoxysmale transitor. Symptome d. Epileptiker. Ver.-Bl. f. pfälz. Aerzte XXIV. 6. p. 127.

Wickman, Ivar, Ueber d. akute Poliomyelitis u. verwandte Erkrankungen (Heine-Medin'sche Krankheit). Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. Erg.-H. p. 182.

Williamson, J. Rutter, Hemiatrophia facialis progressiva or facial hemiatrophy. Lancet May 30.

Williamson, R. T., Disseminated sclerosis, commencing with failure of vision. Lancet May 2.

Williamson, R. T., On hemiplegia with unilateral optic atrophy. Brit. med. Journ. June 5.

Windscheid, Zusammenhang zwischen Unfall u. Gehirnblutung vornoint. Med. Klin. IV. 24.

Zagari, Giusoppe, Osteo-sifiloma de la regione parietale destra; meningo-encelalite della zona rolandica e meningite diflusa; emiparesi emianestesia; neuro-cheratite. Ril. med. XXIV. 28. 29.

Zimmern, A., et Louis Delherm, Sur le traitement des névrites et des névralgies par l'électricité. Gaz. des Hôp. 49.

Zöllner, Friedrich, Ein Fall von Tumor der Schädelbasis ausgehend von d. Hypophyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 815.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bernett, Homburger, Takaki. IV. 2. *Infektiöse Meningitis.* Biron, Clay, Laignel, Livingston, Moorhead, Sewell; 3. Tarabim; 4. Jacob; 5. Finocchiaro, Guerra; 7. Ferraris; 9. *Akromegalie, Myxödem,* Conner. V. I. Braun, Crile, Mohr, Oberndörffer, Osterhaus, Pers, Walton; 2. a. *Chirurgie d. Nervensystems;* 2. e. Pers, Sadolin. VII. Adler, *Eklampsie.* VIII. Anton, Morse. IX. Damayo, Dietendorf, Meeus, Schwerdtner. X. Bach, Levi. XI. Alt, Hammerschlag, Kühne. XIII. 2. Fröhlich, Heimann, Portor, Risel, Stevenson. XIV. 4. Allen. XVI. Hoffmann, Leroy. XVIII. Iselin.

Digitized by Google

9) *Constitutionskrankheiten und Krankheiten des Blutes.*

Abrams, Albert, Autointoxication and indicanuria. New York med. Record LXXIII. 17. p. 689. April.

Acker, George N., Later report of a case of myxoedema. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 217.

Albee, Fred H., Osteomyelitis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 23. p. 1077. June.

Allard, Eduard, u. Oskar Gross, Alkaptonurie u. Ochronose. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 24.

Aubertin, Ch., Les anémies par anhématopoièse. Semaine méd. XXVIII. 29.

Baer, Julius, Ueber diabet. Acidose u. d. Behandl. d. Coma diabeticum. Therap. Monatsh. XXII. 6. p. 275.

Ballenger, Edgnr G., Paroxysmal haemoglobinurin. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 2. p. 67. July.

Barker, Williston W., 2 cases of artificial leukemia. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 609. May.

Beddnrt, A. P.; M. S. Pembrey nnd E. J. Spriggs, Further observations on the quantity and pressure of carbone dioxide in venous blood and in alveolar air in cases of diabetes and diabetic coma. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. XXXIX.

Bellin, Dionys, Versuch einer Therapie d. Carcinoms. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 19.

Benee, J., u. K. Engel, Ueber Veränderung d. Blutbildes b. Myxödem. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25.

Benckiser u. Krumm, Zur Carcinombehandlung nach *de Keating-Hart*. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Boas, I., Bemerkungen zur Methodik d. Entfettungskuren. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 2. p. 158.

Brahmachari, U. N., Sporadic Kala-azar in Calcutta with notes of a case treated with atoxyl. Brit. med. Journ. May 30.

Brieger, L., Entfettung u. Entwässerung b. hochgrad. Fettsucht. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Brittin, F. G. M., A case of haemophilia in the newly born. Lancet July 18. p. 158.

Bullard. William N., and Arial W. Gorge, Achondroplasia. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 26. p. 962. June.

Burgerhout, H., en D. M. vnn Londen, Ruggemergsveranderingen bij pernicieuse anaemie. Nederl. Weekbl. I. 19.

Coley, William B., Further evidence in support of the theory that Hodgkins disease is a type of sarcoma. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 649. June.

Conner, Lewis A., The occurrence of epileptiform attacks in diabetes mellitus. New York med. Record LXXIII. 20. p. 801. May.

Cooper, Arthur, Balano-posthitis and glycosuria. Brit. med. Journ. June 13. p. 1423.

Czerny, V., Ueber d. Blitzbehandlung d. Krebse. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 652.

Dahlgren, Karl, Om hämofili och kirurgiskn ingrepp hos hämofila personer. Hygiea 2. S. VIII. 6. s. 501.

Dnlla. Favera, G. B., Ueber einen Fall von Prinpismus b. Leukämie. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 1. p. 13.

Eooles, B. G., Darwinism and diabetes. New York med. Record LXXIII. 19. p. 757. May.

Ebrmann, Rudolf, Ueber schweren Diabetes in Folge syphilitischer Infektion. Deutsche med. Wchnsch. XXXIV. 30.

Eichler, F., u. P. Silbergleit, Ueber Glykosurie, experiment. hervorgerufen durch Verätzungen u. Verschorfungen d. Innenfläche d. Darmes. Wien. klin. Wchnschr. XLV. 25.

Embden, Gustav, u. Leone Lattes, Ueber d. Acetessigsäurebildung in d. Leber d. diabet. Hundes. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 327.

Engel, C. S., Ueber Rückschlag in d. embryonale Blutbildung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Engel, C. S., Ueber histogenet. Beziehungen zwischen schweren Blutkrankheiten u. bösart. Geschwülsten. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 269.

Fnlk. Edmund, Injektionen von Placentarblut b. Carcinom. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Falta, W., Ueber d. Gesetz d. Zuckerausscheidung b. Diabetes mellitus. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. 5 u. 6. p. 300. 463. 489.

Falta, W., u. A. Gigon, Ueber d. Gesetzo d. Zuckerausscheidung b. Diabetes mellitus. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 313.

Faurbye, C. J., Et Tilfäldo af *Dercum's* sygdom (Adipositas dolorosa). Hosp.-Tid. 5. R. I. 27.

Findlay, Leonard, The etiology of rickets. Brit. med. Journ. July 4.

Fornet, W., Ueber d. Specifität d. Präcipitatreaktion b. Lnes u. Paralyse. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18.

Forschbach, J., Parabiose u. Pankreasdiabetes. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Fraenkel, L., Ovarialantikörper u. Osteomalacie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Frugoni, Cesare, Ueber eine besond. Complikation d. myeloiden Leukämie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Furrer, Walter, Beiträge zur Kenntniss d. Anaemia pseudoleucaemica infantum (*Jaksch-Hayem*). Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 17. 18. 19.

Goodall, Henry W., and Elliott P. Joslun, The clinical value of the estimation of ammonia in diabetes. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 646. May.

Grnwitz, E., Das Wesen d. leukäm. Krankheitsprocesses u. d. therapeut. Beeinflussung desselben. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Grüneberg, L., Zur Behandl. d. hämorrhag. Diathese b. Neugeborenen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Gunn, James A., An action of arsenic on the red blood corpuscles and a theory on the blood defect in pernicious maemia. Brit. med. Journ. July 18.

Harris, Henry, Myelogenous leucemin and its treatment with x-rays. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 1. p. 78. July.

Hecker, Ueber period. Acetonämie b. grösseren Kindern. Münchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Hedinger, Max, Cholelithiasis u. Diabetes mellitus. Therap. Monatsh. XXII. 7. p. 351.

Herlitzka, A., Ein Beitrag zur Kenntniss des *Pflüger*'schen Duodenaldiabetes. Arch. f. Physiol. CXXIII. 7 u. 8. p. 331.

Herringham, W. P., Erythrocythaemia and cyanosis. Brit. med. Journ. May 9.

Hofbaner, J., Grundzüge einer Fermentbehandl. d. Carcinoms. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Jakseh, R. v., Diaceturie. Realencyklop. d. ges. Heilkde., herausgeg. von *Eulenburg* p. 836.

Inada, R., Zur Leukanämiefrage. Mitth. d. med. Fakult. zu Tokyo VII. 3. p. 337. 1907.

de Keating-Hart, Eine neue Behnndlungsmethode d. Krebses. Arch. f. physik. Med. u. med. Techn. III. 2. p. 121.

de Kenting-Hnrt, La fulguration des cancers. Arch. internat. de Chir. IV. 1. p. 1.

de Kenting-Hart, Die Behandlung d. Krebses mittelst Fulguration. Uebersetzung von *E. Schümann*. Leipzig. Akad. Verlagsbuchh. m. b. H. 8. 37 S. mit 9 Tafeln.

Kionka, H., Beiträge zur Kenntniss d. Gicht. Das Auftreten von Glykokoll im Blute. Weiteres über d. Ausfallen d. Urate. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 131. 142.

Kisch, E. Heinrich, Zur Lebensversicherung d. Lipomatösen. Ztschr. f. Versich.-Med. I. 1.

Klemperer, G., u. H. Umber, Zur Kenntniss d. diabet. Lipämie. Mit Bemerkungen über Lipolyse u.

Digitized by Google

Nierenverfettung. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 340.

Kobler, R., Ueber d. Einfl. d. Aussentemperatur auf experiment. Glykosurie. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 353.

Kolisch, Grundzüge der diätet. Behandlung des schweren Diabetes. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 2. 3. 4. p. 69. 150. 211.

Kössa, Julius, Ueber d. Natur d. toxischen Gicht. Arch. f. Physiol. CXXIII. 1—3. p. 113.

Kowarski, H., Einiges über Rhachitis. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. Erg.-H. p. 171.

Lahbé, Marcel, et Salomon, Des anémies pernicieuses. Revue de Méd. XXVIII. 5. p. 418.

Laqueur, Walther, Beitrag zur Stoffwechselpathologie d. Gicht. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Lenry, Timothy, The use of fresh animal sera in haemorrhagic conditions. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 3. p. 73. July.

Le Goff, Le pain ou gâteau d'amandes, dans l'alimentation des diabétiques. Gaz. des Hôp. 50.

Lenohle, E., Recherches sur les réactions sanguines dans les anémies. Arch. de Méd. expérim. XX. 3. p. 336. May.

Leopold, G., Ueber d. Behandlung d. Carcinoms mittels Fulguration. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 27.

Lincoln, Merrick, Hodgkins disease with eosinophilia. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 677. May.

Loewi, O., Ueber eine neue Funktion d. Pankreas u. ihre Bezieh. zum Diabetes mellitus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LVI. 1. p. 83.

Lommel, Ueber Blutstillung mittels Serum b. Hämophilie. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 27.

Lorand, Alfred, On the causation and treatment of diabetes. Glasgow med. Journ. LXIX. 5. p. 31. May.

Lungwitx, Hans, Zur Therapie d. Rhachitis. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 284.

Lusk, Graham, Influence of cold and exercise in phlorixin glycosuria. Proceed. of the Soc. of experim. Biol. a. Med. V. p. 4. p. 71.

Macintyre, David D. F., Large thymus; sudden death. Brit. med. Journ. June 5. p. 1360.

Mac Murrough, F. K., Chlorosis cured by thyroid extract. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 17. p. 787. April.

Macrae, Duncan Mackenzie, Notes on scurvy in South Africa 1902—1904. Lancet June 27.

Masay, F., Note sur l'ostéomalacie. Belg. méd. XV. 29.

Mayer, Otto, Ueber histolog. Veränderungen d. Nasenschleimhaut b. Leukämie u. über d. Entstehung d. Nasenblutens b. dieser Erkrankung. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 5.

Meek, W. O., A case of osteomalacia. Lancet July 18.

Micsowicz, Erwin, Ueber späte Rhachitis (Rhachitis tarda). Wien. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Möller, S., Die Gicht u. ihre Beziehung zum Nucleinstoffwechsel d. Menschen. Therap. Monatsh. XXII. 5. p. 226.

Montgomery, Gordon N., A case of indicanuria. Lancet June 6.

Nakaharn, T., Ueber Rhachitis u. Osteomalacie in Toyama (Japan). Med. Klin. IV. 20.

Necker, Friedrich, Ueber d. elektro-chirurg. Carcinombehandlung d. Dr. *de Keating-Hart*. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 19. 20.

Paszkiewicz, Ludwik, Das Verhalten d. Nieren b. d. perniciösen Anämie. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 324.

Plersol, George Morris, An observation on the jugular pulse of man. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 6. p. 812. June.

Pineles, Friedrich, Zur Pathogenese d. *Heberden*'schen Knoten. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25.

Quest, Robert, Ueber d. Bedeutung d. Nebenniere in d. Pathologie u. Therapie d. Rhachitis. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 43.

Reuss, A. v., Zuckerausscheidung im Säuglingsalter. Beitr. z. d. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 4. p. 98.

Rice, Allen G., Some observations on acetonuria. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 2. p. 47. July.

Richter, Paul Friedrich, Indikationen u. Technik d. Entfettungskuren. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 38 S. 1 Mk.

Roch, Une forme particulière de lipomatose symétrique. Revue de Méd. XXVI. 6. p. 540.

Roemheld, L., Milchtage b. Entfettungskuren. Münchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Röthlisberger, Ueber d. Wesen d. Gicht. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 281.

Romberg, Neuere Gesichtspunkte in d. Behandl. d. Diabetes mellitus. Württemb. Corr.-Bl. LXXXVIII. 25.

Rosenfeld, Georg, Zur Behandl. d. Uratdiathese. Med. Klin. IV. 21.

Rosenkranx, Erich, Die Fulgurationsbehandl. d. Krebe nach *de Keating-Hart*. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20.

Sahatowski, Anton v., Ueber alimentäre Lävulosurie. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 22.

Sahrazès, J., et F. Lewrel, Macrophagie des lymphocytes dans les ganglions et dans les tégments d'un lymphocythénique, non traité par les rayons x. Folia haematol. V. 8. p. 710.

Schatiloff, P., Ueber d. biolog. Veränderungen d. bluthildenden Organe b. perniciöser Anämie. Münchn. med. Wchnschr. XLV. 22.

Schmidt, Otto, Der specif. Abbau maligner Geschwülste durch Cancroidin *Schmidt*. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 27. 28.

Schridde, Herm., Ueber d. Histogenese d. myeloiden Leukämie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Spitta, W., Ueber Morphium-Diabetes. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 94.

Spitzer, Berthold, Zur Pathohistologie d. Gingiva b. akuter Leukämie. Oesterr.-ungar. Vjhschr. f. Zahnhkde. XXIV. 2. p. 217.

Staehelin, R., Der respirator. Stoffwechsel eines Fettsüchtigen im nüchternen Zustande u. nach Nahrungsaufnahme. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 425.

Stempelin, Olga, Zur Differentialdiagnose der perniciösen Anämie. Med. Klin. IV. 18—21.

Stoeltzner, W., Nebennieren u. Rhachitis. Med. Klin. IV. 18—21.

Unschuld, De diabete. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20.

Wattenberg, H., Zur Therapie d. Rhachitis. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 5. p. 237.

Weber, F. Parkes, Die Zunahme d. gesammten Blutmenge b. myelopath. u. splenomegal. Polycythämie (Erythrämie) u. b. sekundärer Polycythämie (Erythrocytosis) in Folge congenitaler Herzerkrankungen. Folia haematol. V. 8. p. 701.

Wechselmann, W., u. Max Marcuse, Ueber gangränescirende Processe in d. Mund-, Nasen- u. Rachenhöhle auf leukäm. Grundlage. Dermatol. Ztschr. XV. 7. p. 433.

Weinberger, Maximilian, Vorgeschrittene Osteomalacie. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 8. p. 82.

Whitney, James Lyman, Ueber d. Gesetze d. Zuckerausscheidung b. Diabetes mellitus. Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 476.

Wick, L., Ueber d. *Heberden*'schen Knoten. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 26—30.

Wieland, E., Ueber d. klin. Rhachitisdiagnose b. Neugeborenen u. d. Frühdiagnose d. Säuglingsrhachitis. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 12. p. 393.

Digitized by Google

Wieland, E., Ueber d. sogen. angeb. u. über frühzeitig erworbene Rhachitis. Jahrh. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 6. p. 675.

Wiesner, Ueber d. Behandlungsmethode d. Krebses nach *de Keating-Hart* (Marseille). Arch. f. physik. Med. u. med. Techn. III. 2. p. 117.

Winter, Karl, Ueber Polycythämie mit oder ohne Milztumor. Med. Klin. IV. 27.

Ziegler, Kurt, Zur Behandl. d. Anämien. Med. Klin. IV. 19.

Ziesché, H., Kohlenoxydvergiftung u. Diabetes mellitus. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 5. p. 131.

S. a. I. *Harnuntersuchungen*, *Blutmessung*. III. Ehermann, Lüdke, Pflüger, Shively. IV. 3. Ciuffini; 4. Constant, Poulain. V. 2. b. Kisch. VII. Leclerc. VIII. Anton, Lambert, Nanwerck. XIII. 2. do Bovis, Loewi, Schnbad.

10) *Hautkrankheiten.*

Beaddock, Charles S., Some random notes on leprosy in the far East. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 19. p. 893. May.

Bennion, J. M., A case of oedema limited to the arms, face and neck. Lancet May 2. p. 1274.

Blain jr., Alexander W., Urticaria following the second administration of diphtheria antitoxin. New York med. Record LXXIII. 23. p. 940. June.

Bulkley, L. Duncan, Pathology in the practical bearing upon the treatment of certain diseases of the skin. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 6. p. 390. June.

Castellani, Aldo, Comparative experimental studies on cases of framboesia contracted in various parts of the tropics. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 10. p. 311.

Chajes, Benno, Mikrosporie in Berlin. Med. Klin. IV. 24.

Cohn, Carl, u. Marie Opificius, Ueber Lupus follicularis disseminatus (Lupus miliaris). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XC. 3. p. 339.

Da Costa, Mendes, u. J. W. van der Valk, Typus maculatus d. bullösen hereditären Dystrophie. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 3.

Danlos, Poussée aiguë de lupus érythémateux avec albuminurie. Bull. de la Soc. de Dermatol. et de Syph. XIX. 5. p. 180.

Danlos et Levi-Frankel, Forme géante de la tuberculose cutanée végétante. Bull. de la Soc. de Dermatol. et de Syph. XIX. 5. p. 182.

Droy, Julius, Elephantiasis congenita. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VIII. 8. p. 90.

Dubreuilh, W., et G. Petges, Des alopécies congénitales circonscrites. Ann. de Dermatol. et de Syph. IX. 5. p. 257.

Eitner, Ernst, Zur Frage d. Anwendung d. Complementbindungsreaktion auf Lepra. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20.

Fabry, Hermann, Ein Fall von Pityriasis rubra *Hebrae* mit Lymphdrüsentuberkulose. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 85.

Fage, A., Sur un cas de sporotrichose. Progrès méd. 3. S. XXIII. 21.

Fanre, J. L., Die chirurg. Krankheiten d. Haut u. d. Unterhautzellgewebes. Uebersetzt von *W. Goebel*. Stuttgart. Ford. Enke. Gr. 8. VIII u. 153 S. m. 8 Abbild. 5 Mk.

Filas, Charles O., Pruritus ani. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 24. p. 1154. June.

Gardiner, Frederick, Satinwood dermatitis. Brit. med. Journ. May 23.

Gnuchor; Fonquet et Girone, Un cas de sporotrichose gommeuse syphiloïde de l'avant-bras. Bull. de la Soc. de Dermatol. et de Syph. XIX. 5. p. 186.

Glaner, F., Eine Mikrosporie-Epidemie. Berl. klin. Wchnschr. XLVI. 23.

Heller, Julius, Einige Ergebnisse d. vergleich. Pathologie d. Alopecie. Dermatol. Ztschr. XV. 7. p. 417.

Hodara, Menahem, Histolog. Untersuchung zweier Fälle von Pityriasis rubra pilaris *Devergié*. Mon.-Schr. f. prakt. Dermatol. XLVI. 11. p. 525.

Hunter, Thomas, Leprosy, some notes on its causation, symptoms and treatment. Lancet May 9.

Jamieson, W. Allan, The eclectic treatment of skin diseases. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 5. p. 399. May.

Jopson, John H., Erysipeloid of *Rosenbach*. A note on the occurrence in laboratorium workers. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 729. May.

Jordan, Arthur, Ueber einen Fall von Querfurchenbildung d. Nägel nach Arthritis gonorrhoica. Dermatol. Ztschr. XV. 6. p. 378.

Kosteven, Leighton, The etiology and treatment of eczema. Brit. med. Journ. June 27.

Kienböck, R., Ueber Hautreaktion nach diagnost. Untersuchungen. Arch. f. physikal. Med. u. med. Techn. III. 2. p. 87.

Kionhöck, Robert, Ueber radiotherapeut. Behandl. d. Akneke loids. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XC. 3. p. 333.

Ledermann, Reinhold, Ueber Erythema multiforme als Symptom einer schweren Allgemeinerkrankung. Med. Klin. IV. 19.

Lenoble, E., Mycosis fongoïde ayant évolué en 4 années; leucocytose avec mononucléose et éosinophilie; anasarque terminal; noyeau myosique dans le poumon droit. Ann. de Dermatol. et de Syph. IX. 6. p. 349.

Le Roy, Bernard, On the aetiology of psoriasis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 17. p. 785. April.

Lewandowsky, F., 10. Congress d. deutschen dermatol. Gesellschaft, Frankfurt a. M. 8.—10. Juni 1908. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Mc Connell, Guthrie, The clinical and pathological aspects of rodent ulcer. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 719.

Mackinnon, M., A case of tubercular leprosy. Brit. med. Journ. May 2.

Mason, R. D., Pruritus ani. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 24. p. 1151. June.

Mazza, Giuseppo, Ueber d. multiple benigne Sarkoid d. Haut (*Boeck*). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 57.

Noeggerath, C. T., Ein Fall von Elephantiasis congenita. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Notthafft, Albrecht von, Ein Fall von familiärer Psoriasis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Pellagra and pellagrous insanity. Amer. Journ. of Insan. LXIV. 4. p. 103. April.

Pflanz, Victor, Interessante Fälle von Dermatitis venenata. Med. Klin. IV. 22.

Pick, Walter, Zur Aetiologie d. Molluscum contagiosum. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Pringle, J. Hogarth, A method of operation in cases of melanotic tumours of the skin. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 6. p. 496. June.

Reines, S., Behandl. grosser Ekzemformen mittels Elektrophorese. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 30.

Roitmann, Karl, Das sekundäre Carcinom d. Haut b. primärem Carcinom innerer Organe. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XC. 3. p. 351.

Rodler, Carl, Beitrag zum Studium d. Elaeins. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 35.

Schidachi, Tomimatsu, Ueber d. Erythema induratum. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XC. 3. p. 371.

Schindler, Carl, Die Behandl. kranker Nägel mit Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Schmidt, H. E., Die Röntgenbehandl. d. Seborrhoea oleosa. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29.

Senger, Emil, Ueber d. Behandl. d. Lupus mittels Tuberkulinsalbe u. über eine durch Tuberkulinsalben-

einreibung specif. Hautreaktion. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Siehort, W., Zur Lagerung d. Frambösiespirochaeta in d. Haut. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 9. p. 291.

Spiethoff, Bodo, Erfahrungen mit d. *Finkelstein*'schen salzarmen Kost b. Säuglingsekzem, b. Strophulus u. Pruritus iufantum. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Stout, Emanuel J., Favus. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 25. p. 1182. June.

Strasburger, Julius, Ueber umschriebenen Fettgewebeschwund d. Gesichts. Med. Klin. IV. 26.

Talat, Universeller Favus. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Teller, Richard, Zur Behandl. d. Decubitus. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Unna, L'acné rosacée et son traitement. Bull. de Thér. CLVI. 1. p. 12. Juillet 8.

Vörner, Hnns, Vacciniformes Arzneioxanthem. Dermatol. Ztschr. XV. 6. p. 350.

Whitofield, Arthur, A note on some unusual cases of trichophytie infection. Lancet July 25.

Wichmann, Paul, Die Behandl. d. Lupus u. ihre Ergebnisse. Med. Klin. IV. 28.

Wolters, Ueber d. Epithelioma adenoides cysticum (*Brooke*). Dermatol. Ztschr. XV. 6. p. 329.

Wosstrikow, P. E., u. S. L. Bogrow, Zur Aetiologie d. Creeping disease. Arch. f. Dermatol u. Syph. XC. 3. p. 323.

Waelsch, Ludwig, Ueber eine eigenthüml. Knötchenbildnng an den Haaren b. Seborrhoea capillitii. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 79.

Young, C. W., A case of pemphigus vegetans. Lancet May 30.

Zeissl, M. von, Die Behandl. d. Acne rosacea. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

S. a. II *Anatomie u. Physiologie.* III. Pirquet. IV. 2. Allen, Bunzl, Ditthorn, Hedinger, Heubner, Milian; 3. Langstein; 11. Chirivini; 12. Fiebiger. XI. Hammes. XIII. 2. Pusey, Schamberg, Tucker. XIV. 3. Jesionek.

11) *Venerische Krankheiten.*

Bartel, Julius, u. Robert Stein, Ueber Lymphdrüsenbefunde b. congenitaler u. postfötaler Lues. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20.

Bendig, Paul, Ein weiterer Beitrag zu d. Artikel: Akute gelbe Leberatrophie b. Syphilis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Bertin, et Georges Petit, Recherches sur le sero-diagnostic de la syphilis. Echo méd. du Nord XII. 20.

Beutler, Zur lokalen Therapie d. Gonorrhöe. Med. Klin. IV. 20.

Blumenthal, Franz, u. Udo J. Wile, Ueber complementbindende Stoffe im Harne Syphilitischer. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 22.

Boehme, Ueber Syphilis. Schmidt's Jahrbb. CCXCIX. p. 76. 189.

Brandweiner, Alfred, Zur Statistik d. Geschlechtskrankheiten. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 9.

Buc, V., Sur la présence du spirochète dans les tissues héréde-syphilitiques. Presse méd. belge LX. 18.

Chirivini, Vincenzo, e Nicolo Consoli, Acne sifilitica. Rif. med. XXIV. 18. 19. 20.

Citron, Julius, u. Karl Reicher, Untersuchungen über d. Fettspaltungsvermögen syphilit. Sera u. d. Behandl. d. Lipolyse f. d. Serodiagnostik d. Lues. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Ehrlich, Hugo, u. J. T. Lepartowicz, Ueber Färbungen d. Spirochaete pallida f. diagnost. Zwecke. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 18.

Elias, H.; E. Neugebauer; O. Porges; H. Salomon, Theoret. über d. Serumreaktion auf Syphilis. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 21.

Elias, H.; E. Nougehauer; O. Porges; H. Salomon, Ueber d. Methodik u. Verwendbarkeit d. Ausflockungsreaktion f. d. Seradiagnose d. Syphilis. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Ellis, Havelock, The conquest of the venereal diseases. New York med. Record LXIV. 2. p. 45. July.

Eysell, A., Beitrag zur Syphilistherapie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24.

Fornet, Techniques des divers procédés employés pour le sérodiagnostic de la syphilis. Semaine méd. XXVIII. 19.

Fornet, Die *Wassermann - A. Neisser - Bruck*'sche Reaktion b. Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19.

Geissler, Ueber seltene Tripperübertragung. Wien. klin. Rundschau XXII. 21.

Hammer, Fr., Ueber d. Stand d. Syphilislehre nach d. neueren Forschungen. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 23.

Hoffmann, Erich, Impfung mit Resten syphilit. Efflorescenzen. Dermatol. Ztschr. XV. 5. p. 292.

Hoffmann, E.; H. Löhe u. P. Mulzer, Syphilit. Initialaffekt d. Bauchwand an d. Einstichstelle nach Impfung in d. Hoden von Affen und Kaninchen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Horand, René, Chancre syphilitique des lèvres transformé in situ en un syphilome diffus tertiaire; destruction ulcéreuse d'une partie des lèvres; sclérose labiale consécutive; sténose cicatricielle progressive. Lyon méd. CX. p. 1072. Mai 17.

Klausner, E., Klin. Erfahrungen über d. Präcipitationsphänomen mit destillirtem Wasser im Serum Syphilitischer. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 26.

Knowles, Frank Crozer, Syphilis extragenitally acquired in early childhood. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 3. p. 138. July.

Krzysztalowicx, Fr., Das Verhalten d. Spirochaete pallida in syphilit. Efflorescenzen u. d. experimentellen Syphilis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 9. p. 423.

Loeb, Heinrich, Zur Präventivbehandl. d. Gonorrhöe. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 286.

Martland, H., A case of syphilitic interstitial splonitis with general amyloid disease; a case of hypernephroma with extensive metastases in the lungs. Proceed. of the New York pathol Soc. N. S. VIII. 1 u. 2. p. 34.

Milian, Diagnostic clinique des gommes. Progrès méd. 3. S. XXXIII. 20.

Mueh, Hans, Eine Studie über d. sogen. Complementbindungsreaktion, mit besond. Berücksicht. d. Lues. Med. Klin. IV. 28. 29.

Oppenheim, M., Die Serodiagnostik d. Syphilis. Med. Klin. IV. 27.

Orlowski, Der gonorrhoische Nachkatarrh. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 11. p. 542.

Pinkus, Felix, Beitrag zur Statistik d. Gonorrhöe-Infektion. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 10. p. 488.

Plaut, F., u. W. Henck, Zur *Fornet*'schen Präcipitatreaktion b. Lues u. Paralyse. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Power, D'Arcy, On recent advances in the surgical treatment of syphilis. Brit. med. Journ. May 23.

Rost, Ueber Syphilis maligna. Dermatol. Ztschr. XV. 5. 6. p. 271. 353.

Sandman, F., Impfung mit Resten von syphilit. Efflorescenzen. Dermatol. Ztschr. XV. 5. p. 289.

Scherber, G., Bericht über d. Vorträge über Syphilis auf d. 25. Congr. f. innere Medicin. Dermatol. Ztschr. XV. 6. p. 379.

Schereschewsky, J., Experiment. Beiträge zum Studium d. Syphilis. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 1.

Schlasberg, H. I., Studier öfver syfilis hos

reglementerade kvinner, särskildt med afseende å tertiarismen. Hygiea 2. F. VIII. 5. S. 401.

Schwarz, S., Zur Therapie d. Syphilis. Therap. Monatsh. XXII. 6. p. 299.

Seifert, Eine ungewöhnl. Art syphil. Infektion. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 2. p. 61.

Soutzo fils, Les nouvelles données relatives à la séro-réaction de la syphilis dans la paralysie générale par la méthode de *Wassermann*. Arch. méd.-psychol. 9. S. VIII. 1. p. 52. Juillet-Août.

Thalmann, Syphilisgift, Syphilisimmunität u. Syphilisbehandlung. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 30.

Wagner, Willy, Ueber die Heissluftbehandlung gonorrhoischer Gelenkentzündungen. Med. Klin. IV. 25.

Waldvogel u. Süssenguth, Die Folgen d. Lues. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Wassermann, A., Ueber d. Serodiagnostik d. Syphilis u. ihre prakt. Bedeutung f. d. Medicin. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 21.

Weil, E., u. H. Braun, Ueber positive *Wassermann-Neisser-A. Bruck*'sche Reaktion b. nicht luet. Erkrankungen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 26.

Werther, Die Aetiologie u. Pathogenese d. Syphilis. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde in Dresden p. 16.

Zechmeister, Hugo, Die Syphilis in d. Tropen, deren Verlauf u. Behandlung. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 11. p. 350.

Zinsser, F., Die Behandl. d. vener. Geschwüre mit heissen Irrigationen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18. 26.

S. a. III. Knoepfelmacher, Rothe. IV. 3. Hedrén; 5. Fischer; 6. Ballagi. Elser; 8. Renner, Schütze, Waterman, Zagari; 9. Ehrmann, Fornet; 10. Jordan. V. 2. d. Delbet, Fuller, Schindler, Weisawange; 2. c. Menard. VI. Howitz, Kolischer. VII. Opitz. X. Beaument, Rollet, Walker. XI. Bloch. XIII. 2. Bottstein, Carnot, Disselhorst, Ferreyrolles, Flexner, Hallopeaa, Hamel, Napp, Nohl, Piffard, Porosz, Sommerville, Spatz, Uhlenhuth, Vorberg.

12) *Parasiten.*

Fiobiger, J., Ueber durch Trematoden verursachte Hautwucherungen b. Zeus faber u. d. subcutane Vorkommen von Trematodencysten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 1.

Fuhrmann, O., Das Genus Anonchotaenia u. Biuterina. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 7.

Gasperini, Ubaldo, Il valore della reazione di *Jefimov* nell' elmintiasi. Rif. med. XXIV. 25.

Hubler, Francis, Bothriocephalus latus. New York a. Philad. med. Jonrn. LXXXVII. 25. p. 1190. June.

Mrázek, Al., Ueber eine neue Art d. Gattung Archigeles. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 8.

Pepper, William, A new method of examination of the feces for the ova of uncinaria. Proceed of the pathol. Soc. of Philad. N. S. X. p. 141.

Rosa, E. N. Mac Bean, Ascaris lumbricoides. Brit. med. Journ. May 23. p. 1232.

Stiles, Ch. Wardell, The occurrence of proliferating cestode larve (sporgamme proliferans) in man in Florida. Hyg. Labor. Bull. 40. p. 7. May 25.

Stiles, Ch. Wardell, Reexamination of the type specimen of Filaria restiformis *Seidy*. Hyg. Labor. Bull. 40. p. 19.

Stiles, Ch. Wardell, u. Jos. Goldberger, A reexamination of the original specimens of Taenia saginata abidrine. Hyg. Labor. Bull. 40. p. 85.

Stiles, Ch. Wardell, u. Jos. Goldberger, Observations on 2 new parasites trematode worm. Hyg. Labor. Bull. 40. p. 23.

Waldow, Porocephalus moniliformis *Diesing* 1836 b. einem Kamerunneger. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 10. p. 321.

Welsh, D. A., and H. G. Chapman, The precipitin reaction in hydatid disease. Lancet May 9.

S. a. IV. 5. Libman. V. 1. Ritter; 2. c. Rochard. XIII. 2. Laurén.

V. Chirurgie.

1) *Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Operations- u. Verbandlehre.*

Ahlfeld, F., Der prakt. Arzt u. d. Händegefahr. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 492. 493. Gyn. 179. 180.] Leipzig. Joh. Ambros. Barth. Lex.-8. 55 S. mit 8 Taf. 1 Mk. 50 Pf.

Baeya, Hans von, Fremdkörper im Organismus; Einheilung. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. p. 1.

Bardet, O., Anesthésie locale et rachi-anesthésie. Ball. de Thér. CLV. 24. p. 913. Juin 30.

Beck, E., Ueber Osteoarthritis deformans endemica im Transbaikalgebiet. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 662.

Boiträge zur klin. Chirurgie, red. von *P. v. Bruns*. LVIII. 1—3. Tübingen. H. Laupp. Gr. 8. 821 S. mit 51 Abbild. im Text u. 30 Tafeln. 33 Mk. 50 Pf.

Bergel, S., Neue Gesichtspunkte b. d. Behandl. eitoriger Processe. Mit Erwiderung von *Eduard Müller* u. *Alfred Peiser*. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Bernabeo, Gaetano, Contributo alla cura della tubercolosi chirurgica. Rif. med. XXIV. 25.

Blain, Alexander W., A clinical study of general anaesthesia. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 19. p. 888. May.

Blecher, Ueber d. Behandl. akut entzündl. Erkrankungen mit künstl. Hyperämie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 402.

Borszéky, Karl, Die Lambalanästhesie u. ihre Neben- u. Nachwirkungen. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 3. p. 651.

Brandenburg, Ueber Muskeltransplantationen. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 11.

Braun, H., Ueber Ganglienneurome. Fall von Resektion u. Naht d. Bauchaorta. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 707.

Carmalt, William H., Some of the debts which medical science owes to surgery. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 617. June.

Chitty, Hubert, A note on the extraction of foreign bodies from the tissues. Lancet July 4.

Clairmont, Paul, Chirurg. Eindrücke aus Nordamerika. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 30.

Clark, John G., The *Gould* stitch. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 4. p. 136. June.

Clarke, William Cogswell, The pathogenesis of ganglia. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 56.

Claudius, M., Sterilisirung af Metalinstrumenter. — Jodkromkatgut. Hosp.-Tid. 5. R. I. 26.

Crile, George, Surgical shock. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 26. p. 961. June.

Dauwe, O., De quelques affections traitées par la méthode de *Bier* sous ses deux formes. Belg. méd. XV. 15.

Davidsohn, Felix, Röntgenaufnahme b. Schwerverletzten. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Deneffe, La chirurgie antique. Belg. med. XV. 25. 26.

Dohhertin, R., 37. Congress d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, Berlin 21. bis 24. April 1908. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19. 20. Vereinsber.

Duncan, Charles H., The art of surgical knot tying. New York med. Record LXXIII. 23. p. 337. June.

Ellerbrock, N., Beiträge zur Lambalanästhesie. Therap. Monatsh. XXII. 5. p. 235.

Engel, Hermann, Osteomyelitis u. Betriebsunfall. Med. Klin. IV. 18.

Engel, Hermann, Einmaliges Trauma u. Ganglion. Med. Klin. IV. 19.

Digitized by Google

Ewald, Karl, Ueber Errichtung chirurg. Stationen im Allgem. u. die d. Erzherz. Karl Ludwig-Pavillons im k. k. Sophienspitale in Wien im besondern. Wien. klin. Rundschau XXII. 24—30.

Faykiss, Franz, Die Arteriennaht. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 3. p. 606.

Fölugyházi, E. von, Beiträge zur Erklärung d. Wirkungsweise d. *Bier*'schen Stauung im Granulationsgewebe fistulöser fungöser Herde. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 459.

Fogh, R., Ein Fall von posttyphöser suppurativer Knochenentzündung mit ausserordentl. langwierigem Verlauf. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Frakturen s. V. 1. *Gray, Holding, Peltesohn, Tietze;* 2. a. *Freundlich, Jones, Stettenheimer;* 2. b. *Burk;* 2. c. *Knowling;* 2. e. *Brown, Davidsohn, Edmondson, Ely, Ewald, Franck, Gruget, Igelstein, Jones, Kaefer, Martini, Meissner, Thomas, Thon.*

Franks, Kendal, Reminiscences and experiences of the antiseptic system. Transvaal med. Journ. III. 9. p. 224. April.

Fromdkörper s. IV. 3. *Compaired, Wegelin;* 5. *Guisez.* V. 1. *Bayer, Chitty;* 2. a. *Blauel;* 2. c. *Dehner;* 2. d. *Cleveland, Dalton, Poltak, Fortunet.* VI. *Arndt, Knapp.* X. *Bustorff.* XI. *Imhofer.*

Glaessner, Karl, *Paget*'sche Knochenerkrankung. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 9. p. 98.

Goebel, Carl, Zur Antifermentbehandl. nach *Eduard Müller.* Chir. Centr.-Bl. XXXV. 30. p. 923.

Goldstoin, Otto, 37. Versamml. d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie zu Berlin. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18—23. — Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18—21.

Grace, Ralph, Another method of regulating pressure in the *Bier* treatment. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 1. p. 14. July.

Grashoy, R., Congress d. deutschen Gesellschaft f. orthopäd. Chirurgie, Berlin, 24. u. 25. April. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Gray, H. Tyrrell, The treatment of fractures. Brit. med. Journ. June 13.

Haeberlin, Karl, Ueber therapeut. Verwendung d. Sonnenlichtes in d. Chirurgie. Wien. klin. Rundschau XXII. 22.

Haglund, Patrik, Concerning some rare, but important surgical injuries brought on by violent exercise. Lancet July 4.

Hamilton, George G., A note on separate operating rooms and their management. Brit. med. Journ. June 20.

Haskimoto u. So, Ueber Pseudarthrosenbehandl. nach Schussverletzungen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. p. 546.

Healy, William, Hydrops articulorum intermittens. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 466.

Heinemann, O., Ueber neuere Fortschritte in d. Sterilisirung von Nahtmaterial. Fortschr. d. Med. XXII. 15. p. 449.

Hofmann, C., Welchen Einfl. hat d. Ueberdecken d. Maske mit einem Handtuch auf d. Verlauf d. Chloroformnarkose. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 22.

Holding, Arthur, Observations made in 300 consecutive cases of severe traumatisms with especial reference to fractures. Albany med. Ann. XXIX. 5. p. 412. May.

Jaeger, Franz, Aus der chirurg. Landpraxis. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 27.

Kirchenberger, Alfred, Ueber d. Deformation von Gewehrprojektilen b. schrägem Auftreffen auf feste Ziele. Militärarzt XLII. 12.

Klink, W., 37. Versamml. d. deutschen Ges. f. Chir., Berlin 21. bis 24. April. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 5. p. 224. — Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XI. 12.

Knochen- u. Gelenkkrankheiten s. III. *Anzelotti, Auburtin, Cornil.* IV. 5. *Beuttenmüller;* 9. *Albee, Bullard, Findberg, Kowarski, Masay, Meek, Miesowicz, Nakahara, Quest, Stoellzner, Wattenberg, Weinberger, Wieland.* V. 1. *Beck, Engel, Fogh, Glaessner, Healy, Lipschütz, Miller, Milner, Müller, Plate, Ritter, Roteh, Schlesinger, Takkenberg;* 2. a. *Citelli, Hajek, Kraudron, Kuttner, Teleky;* 2. b. *Raymond, Schanz, Zesas;* 2. c. *Harries, Plagemann;* 2. e. *Ausset, Berger, Bowlby, Brunn, Buchanan, Freiberg, Menard, Muskat, Riedinger, Stich, Tubby, Wolff.* X. *Jacqueau.* XI. *Powers.* XIV. 1. *Hoffa.*

Knox, R. W., Drainage of wounds. New York med. Record. LXXIII. 22. p. 900. May.

Kolaczek, Hans, Ueber Antifermentbehandlung eitriger Processe ohne Incision. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 30.

Kuh, Rudolf, Congress f. orthopäd. Chirurgie in Berlin. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 22.

Lambret, O., Comment examiner un malade chirurgical, comment exposer oralement son cas et prendre son observation. Echo méd. du Nord XII. 18.

Leser, Edmund, Die spec. Chirurgie in 60 Vorlesungen. 8. Aufl. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. XXXI u. 1279 S. mit 410 Abbild. im Text. 24 Mk.

Loxer, Erich, Ueber Gelenktransplantation. Med. Klin. IV. 22.

Lipschütz, Alexander, Ueber idiopath. Osteopsatyrose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18.

Lister, On some points in the history of antiseptic surgury. Brit. med. Journ. June 27. — Lancet June 27.

Luxationen s. V. 2. c. *Abbott, Ewald, Fairbank, Hallowes, Hibbs, Kirchner, Liwlenstein, Maxon, Obly, Patoir, Reissmann, Roith, Streissler, Wollenberg.* VIII. *Siemon.*

Malis, Julius, Die Cutandiagnose d. Tuberkulose b. chirurg. Leiden. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 3. p. 252.

Oberndörffer, Ernst, Die Nervennaht. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XI. 9.

Moissner, Ueber Hautdesinfektion nur mit Alkohol. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. p. 191.

Miller, Henry B., Opsonic therapy in tuberculosis of bones and joints. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 64. May.

Miller, Die versicherungstechnische Behandlung phlegmonöser Processe. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 6. p. 153.

Milner, R., Histor. u. Krit. über Knochencysten, Chondrome, fibröse Ostitis u. ähnl. Leiden. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 328.

Mohr, Heinrich, Beitrag zur Nervenchirurgie nach Unfällen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 6. p. 176.

Momburg, Die künstl. Blutleere d. untern Körperhälfte. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 23.

Moro, E., u. M. Mandelbaum, Neue Gesichtspunkte b. d. Behandl. eitriger Processe. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Mühsam, Richard, Das permanente Bad in d. Chirurgie. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 261.

Müller, W., Ueber Knochengelenkresektionen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Neuwirth, Max, Ueber Tendinitis ossificans traumatica. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Nicolaï, C., Een rankenneurom. Nederl. Weekbl. II. 1. blz. 25.

Oberndörffer, Ernst, Die Nervennaht. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. X. 8. 10.

Osterhaus, Karl, Nervo anastomosis in infantile paralysis. New York med. Record LXXIV. 2. p. 54. July.

Parker, Rushton, On the removal of lymph glands. Brit. med. Journ. July 25.

Peiser, Alfred, Ueber Antifermentbehandlung eitriger Processe ohne Incision. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 26.

Peltesohn, Siegfried, Beiträge zur operativen Behandl. d. Knochenbrüche u. ihrer Folgen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 807.

Pers, Alfred, Om operativ Behandling af Ischias. Hosp.-Tit. 5. R. I. 23.

Phillips, James, A method of obtaining rapid healing of acute abscesses. Brit. med. Journ. May 16.

Plate, Erich, Ueber d. Verhalten d. Lymphdrüsen b. manchen Gelenkaffektionen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Polatschek, Rudolf, Beitrag zur Knochenimplantation. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Renner, Leopold, Zur Behandlung v. Verbrennungen. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 30.

Ritter, Carl, Zur Diagnose d. Knochenechinokokken. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. p. 166.

Rolando, S., Ueber die Behandl. d. akuten eitrigen Osteomyelitis. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 20. p. 626.

Rotch, Thomas Morgan, and Ariel Wollington Georgo, A study of the early conditions of osteomyelitis in young children by the Roentgen ray. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 41.

Schlesinger, Hermann, *Paget*'sche Erkrankung (mono-osteit. Form). Mitth. d. Ver. f. innere Med. u. Kinderhkde. VIII. 9. p. 99.

Senttor, Robert, The plaster of Paris bar or rope. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 18. p. 581. April.

Selig, Arthur, Die Behandlung inoperabler Geschwülste mit Radium. Med. Klin. IV. 30.

Sonnonfeld, Julius, Vom 37. Chirurgencongress. Gyn. Centr.-Bl. XXXII. 22.

Tiegel, Max, Ein einfacher Apparat zur Ueberdrucknarkose. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 22. p. 679.

Spencer, Walter G., On the treatment of wide spread suppuration and multilocular abscesses. Brit. med. Journ. May 2.

Springer, Harald L., An analytical study of 600 cases of anaesthesia. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 24. p. 1148. Juno.

Stähler, F., Vereinigung von Instrumentenkocher u. Instrumententisch. Gyn. Centr.-Bl. XXXII. 21.

Sternberg, Julius, Das Gebiet d. ambulator. Operationen. Med. Klin. IV. 24.

Takata, Hisashi, Ueber parosteale Knochenneubildung. Virchow's Arch. CXCII. 2. p. 248.

Takkenberg, H. W., Over idiopathische osteopsathyrosis. Nederl. Weekbl. II. 4.

Tietze, A., Behandl. von Knochenbrüchen. Mon.-Schr. f. orthop. Chir. u. s. w. VIII. 7.

Walker, Frank B., Some interesting surgical cases. Physic. a. Surg. XXX. 2. p. 63.

Walton, Albert J., A consideration of the state of the autonomic nervous system in acute surgical conditions. Lancet July 4.

Waterhouse, Herbert F., On prof. *Biers* treatment by means of induced hyperaemia. Brit. med Journ. July 18.

Weinberger, C. F., Werth d. Ophtalmoreaktion in chirurg. Fällen. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 3. p. 74.

Whaite, T. du B., A case of multiple injury. Brit. med. Journ. May 23. p. 1232.

Woodwark, A. S., Surgical emphysema. Brit. med. Journ. July 4. p. 24.

Younge, G. H., Treatment of carbuncle. Brit. med. Journ. May 23. p. 1232.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Reicher. IV. 2. Davidovitsch, Neisser; 10. Faure. XIII. 2. *Anaesthetica, Antiseptica, Haemostatica, Wundmittel.* XVII. Lejars, Sonn. XIX. Lounander. XX. Akerman, Mears.

2) *Specielle Chirurgie.*

a) Kopf und Hals.

Ayräpää, Matti, Om prototisk behandling af näsdeformiteter. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 1. Juli.

Alexander, G., Klin. Studien zur Chirurgie der otogenen Meningitis. Arch. f. Ohrenhkde. LXXV. 3 u. 4. p. 222; LXXVI. 1 u. 2. p. 1.

Axenfeld, Th., Die Betheiligung d. Ophthalmologen an d. operativen Behandl. d. orbitalen Nebenhöhlen. Med. Klin. IV. 23.

Baradulin, G. I., Zur Casuistik d. Halsrippen. Mon.-Schr. f. orthop. Chir. u. physik. Heil- u. Untersuchungsmeth. VIII. 5.

Bolloti, O., Tumeurs primitives des sinus du nez. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 813; XXVI. 4. p. 135.

Bernhardt, M., Spätfolgen eines Schrotschusses in d. rechte Schläfe. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 21.

Berry, J. M., The *Bier-Klapp* suction method as an aid to treatment in suppurative conditions of the neck. Albany med. Ann. XXIX. 5. p. 399. May.

Binnio, J. F., An operation for the repair of sunken noso. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 599. June.

Biro, Max, Chirurg. Behandl. d. Hirngeschwülste. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 232.

Blauel, Ueber d. Entfernung von Gebissen aus d. Speiseröhre mit Hilfe d. Oesophagoskops. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. p. 138.

Borchardt, M., Zur temporären Aufklappung beider Oberkiefer. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 25.

Brunel, Abcès du cerveau d'origine otique; opération; mort; autopsie. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 790.

Brunk, A., Ueber Operation von tiefliegenden Zungenabscessen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Buys, Mastoïdite de *Bezold* chez un enfant de 15 ans. Presse méd. belge LX. 17.

Citelli, S., Ueber eine neue Behandlungsmethode d. chron. Stirnhöhleneitorungen. Ztschr. f. Laryngol. u. Rhinol. I. 2. p. 143.

Clairmont, Paul, Zur Kenntniss d. hyperalget. Zone nach Schädelverletzungen. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 59.

Cousins, John Ward, A case of compound follicular odontoma. Brit. med. Journ. June 5.

Curtis, Henry, Brief notes of interesting cases of cranial surgery. Lancet May 23.

Davidsohn, Felix, Halsrippe u. Unfall. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Delobel, P., Considérations pratiques sur l'amygdalotomie. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 858.

Descarpentries, Phlegmon sous-périosté orbitaire, compliquant une sinusite maxillaire et une ethmoïdite. Echo méd. du Nord XII. 29.

Fabro, J., et L. Thévenot, Le goître chez le nouveau-né. Revue de Chir. XXVIII. 6. p. 781.

Fabry, Hormann, Zur operativen Behandlung d. Rhinophyma. Dermatol. Ztschr. XV. 5. p. 294.

Fells, A., On cancer of the mouth in Southern India, with an analysis of 200 operations. Brit. med. Journ. June 5.

Fleet, Frank van, An intradural tumor of the optic nerve removed by the *Kroenlein* method. New York med. Record LXXVIII. 20. p. 1033. Juno.

Freundlich, David B., Broken jaws. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 1. p. 15. July.

Friol, G., The treatment of pyorrhoea alveolaris by bacterial vaccines. Transvaal med. Journ. II. p. 286. June.

Fulton, Dudley, Medical treatment of goitre. Californ. State Journ. of Med. VI. 6. p. 186. June.

Funko, John, Sarcoma arising from the thymus gland in an adult; an associated endothoracic goitre. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 2. p. 56.

Goris, Resection partielle du maxillaire inférieur avec extirpation en bloc des ganglions sous-jacents. Presse med. belge LX. 36.

Graves, William W., A clinical study of a case

of brain tumor; operation; complete recovery. New York med. Record LXXIII. 21. p. 841. May.

Hagenbach, Ernst, Symmetr. Angiome d. Mundspeicheldrüsen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 478.

Hajek, M., Ueber Indikationen zur operativen Behandlung d. chron. Stirnhöhlenentzündung. Wien. med. Wchnschr. LVIII 26.

Hastinga, Hall, Ordinations for the mastoid operation. Calif. State Journ. of Med. VI. 7. p. 224. July.

Heath, P. Muynard, Dermoid cyst over the mastoid process. Lancet June 27. p. 1841.

Hocker, Zur Pathologie d. Schilddrüse u. Nebenschilddrüse. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 62.

Helbing, Carl, Zur Technik d. Gaumenspaltenoperation. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 27.

Herschel, Karl, Ein Kühlapparat u. seine Verwendung b. akuten Warzenfortsatzentzündungen. Med. Klin. IV. 22.

Hesse, Georg, Der Kropf u. seine Behandlung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23

Hudson, A. C., Some cases of thyreoid carcinoma. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XII. 4. p. 557. April.

Hultkrantz, J. V., Les altérations du crâne dans la dysostose cleido-cranienne. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 2. p. 93. Mars—Avril.

Jones, R. Fleming, Compound fracture of the skull in the motor region with entire absence of focal symptoms. Brit. med. Journ. May 30. p. 1296.

Kanasugi, H. E., Ueber d. Dehiscenzen d. Kieferhöhle. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Kapp, Josef, Gesichtsumformungen durch Paraffinprothesen. Fortschr. d. Med. XXVI. 12. p. 354.

Kéraudron, Sur un cas de cloisonnement du sinus maxillaire. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 904.

Kirstein, F., Ueber Ankylosis mandibulae. Med. Klin. IV. 29.

Klose, Heinrich, Die radiolog. Topik intracranieller Tumoren im Kindesalter. Zugleich ein Beitrag zur Frage ihrer operativen Behandlung. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 1 u. 2. p. 19.

König, Fritz, Weitere Erfahrungen über Kiefersatz b. Exartikulation d. Unterkiefers. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 3. p. 237.

Krause, Fedor, Subcutane Dauerdrainage des Hirnventrikel b. Hydrocephalus. Berl. klin Wchnschr. XLV. 25.

Krause, Fedor, Zur Frage d. Hirnpunktion. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29.

Kulka, Wilhelm, Ein Beitrag zur Frage d. sekundären Parotitis. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 19.

Kuttner, A., Die entzündl. Nebenhöhlenerkrankungen d. Nase im Röntgenbild. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Fol. 15 S. mit 20 photogr. Tafeln mit Erklärung. 20 Mk.

Lartschneider, Josef, Weitere Beiträge zur Anatomie u. Chirurgie der von d. oberu Frontzähnen ausgehenden entzündl. Kieferorkrankungen. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 2. p. 290.

Lehnerdt, Fr., Ueber d. Endresultate d. Tracheotomie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Leland, George A., A periosteal flap for use in primary and radical mastoid operations. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 17. p. 547. April.

Lenormant, Ch.; H. Rubens Duval et E. Cottard, Des tumeurs mixtes de la joue et des lèvres. Revue de Chir. XXVIII. 7. p. 1.

Lewin, Hugo, Ein Beitrag zur Nasenprothese u. u. eine neue Art zu deren Befestigung. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 5. p. 360.

Löwe, Ludwig, Zur Chirurgie d. Nase. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 29.

Lotheissen, Ein Vorschlag zur Operation tiefsitzender Oesophagusdivertikel. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 27.

Mac Callum, W. G., The physiology and pathology of the parathyroid gland. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 4 a. 5. p. 115.

Mc Cullach, Samuel, The modified blood-clot in mastoid surgery. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 24. p. 1144. June.

Mc Kennan, T. M. T., A case of neuroglioma gangliocellulare of the brain; operation; recovery. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 3. p. 115. July.

Mac Lennan, A., and John Shaw Dunn, Case of intracystic papilloma of an accessory thyroid. Glasgow med. Journ. LXX. 1. p. 20. July.

Martin-Du Pan, Ch., Hémianopsie avec fracture par enfoncement occipito-pariétal droit. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 6. p. 421. Juin.

Mort, J. H., Parotitis as a sequela of pneumonia. Brit. med. Journ. May 9. p. 1108.

Naumann, G., Om hjärutumörernas kirurgi. Hygiea 2. F. VIII. 6. S. 538.

Oppenheim, Hermann, Zur Gehirnchirurgie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 28.

Parkinson, R., Trepanation b. d. Südseeinsulanern. Ver.-Bl. f. pfälz. Aerzte XXIV. 5. p. 109.

Pascale, Giovanni, L'intervento chirurgico nella paralisi traumatica del facciale (anastomosi spléno-facciale). Rif. med. XXIV. 10.

Paterson, D. R., The treatment of otitic cerebellar abscess. Brit. med. Journ. July 18.

Paul, E. T., 3 years experience of *Butlins* operation for cancer of tongue. Brit. med. Journ. June 5.

Paul, E., Krit. Betrachtungen zu d. Theorien über d. Theorie d. Alveolarpyorrhöe. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 6. p. 409.

Paul, W. E., and G. W. W. Brewster, Traumatic subdural fronto-basal haemorrhage without definite localizing symptoms; operation; recovery. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 22. p. 834. May.

Perrier, Ch., Ein Fall von tumorart. Tuberkulose d. Oberkiefers. Med. Klin. IV. 30.

Pfeifer, Cysticercus cerebri unter d. klin. Bilde eines Hirntumors mit sensor.-aphat. u. aprakt. Symptomen, durch Hirnpunktion diagnosticirt u. operirt. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 5 u. 6. p. 359.

Raffle, A. Barks, Note on a case of suicidal cut-throat. Lancet June 27. p. 1841.

Reinhardt, J. C., Zur temporären Aufklappung beider Oberkiefer nach *Kocher*. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 19.

Rives, A., Les parotitides post-opératoires. Gaz. des Hôp. 70.

Rollins, William, An instrument for separating the jaws. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 2. p. 47. July.

Rosenthal, Pierro, et Albert Berthelot, Sur un nouveau mode de traitement des gingivites et des pyorrhées alvéolaires. Bull. de Thér. CLV. 18. p. 968. Mai 15.

Schellhorn, Die Verwachsungen d. weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 2. p. 334.

Schiller, Karl von, Kalter Abscess in d. Glandula thyreoidea. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 30.

Sherman, Harry M., Some technical points in cleft palate operation. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 644. June.

Sieur et Rouvillois, De la résection sous-muqueuse de la cloison déviée. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 21.

Simmons, Channing C., A case of rhinoplasty. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 22. p. 837. May.

Smoler, F., Eine seltene Halsverletzung. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 27.

Stettenheimer, Ludwig, Kieferbruch. — Gaumendefekt. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 2. p. 319. 325.

Digitized by Google

Sturmann, Die intranasale Eröffnung d. Kieferhöhle. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Taylor, Fielding Lewis, A case of abscess of the frontal lobe of traumatic origin. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 19. p. 891. May.

Teleky, Dora, Zur Therapie d. Phosphornekrose. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. p. 369.

Torry, Wallace I., Surgical treatment of goitre. Calif. State Journ. of Med. VI. 6. p. 188. June.

Thomas, G. N. W., A case of measles and laryngeal diphtheria; tracheotomy; recovery. Lancet May 23. p. 1482.

Tonbert, J., La suture immédiate totale doit-elle aujourdhui être la règle ou bien l'exception après les operations sur l'apophyse mastoïdienne? Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 743.

Tschudy, E., u. Otto Veraguth, Epicerebrales Sarkom in d. Gegend d. sensomotor. Windungen links; Operation, Genesung. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 11. 12.

Veil, Wolfgang, Ueber ein Teratom am Kopfe eines Kindes. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 2. p. 550.

Vohsen, Karl, Methodik der Durchleuchtung von Oberkiefer- u. Stirnhöhlen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 28.

Walsh, Frederic, Mumps. Brit. med. Journ. May 30. p. 1295.

Weeks, Stephen H., Surgery of the Gasserian ganglion. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 607. June.

Weiss, Armin, Ein Beitrag zur Kenntniss des normalen Brandes b. Erwachsenen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 19.

Westergaard, Meisen, Ueber Nervenläsionen bei Drüsenexstirpation am Halse. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 786.

Whittles, J. Dennr, Treatment of pyorrhoea alveolaris. Brit. med. Journ. July 18. p. 147.

Winternitz, Arnold, Operation d. Gaumenspalte mittels Plattennaht. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 643.

Wylie, Andrew, Note on a case of osteo-fibroma of the maxilla. Lancet May 9. p. 1343.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Holsted. IV. 8. *Basedow'sche Krankheit;* 9. Macintyre. IX. Robertson. X. Fromaget, Réthi. XII. Dobrzyniecky. XVIII. Sabrazès. XX. Helot.

b) Wirbelsäule.

Adams, John D., Some observations on a „figure of eight" plaster jacket. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 18. p. 583. April.

Burk, W., Ueber einen Bruch d. Gelenkfortsatzes d. V. Lendenwirbels. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 2. p. 538.

Eckstein, Gustav, Anatom. Untersuchungen über d. Zusammenhang zwischen Halsrippen u. Skoliosen. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 17.

Kirach, E., Rhachitis u. Skoliose. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Raymond et Alquier, Mal de Pott sarcomateux. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 2. p. 113. Mars—Avril.

Schanz, Ueber Schule u. Skoliose. Jahresb. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 1.

Schanz, A., Eine typ. Erkrankung d. Wirbelsäule (Insufficientia vertebrae). Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 137.

Wahl, Karl, Was dürfen wir von d. heutigen Skoliosenbehandlung erwarten? Münchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Zesas, Denis G., Beitrag zu d. infektiösen Spondylitiden. Centr.-Bl. f. d. med. Wiss. XLVI. 22.

Znnino, Giovanni, Ein Beitrag zur Casuistik u. Differentialdiagnose d. Wirbeltumoren. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. p. 338.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.*

c) Brust, Bauch und Becken.

Aitken, Robert Y., A case of gastrostomy. Brit. med. Journ. May 16. p. 1173.

Albrecht, Hans, Zur Kenntniss d. akuten Magenlähmung mit sekundärem Duodenalverschluss. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 28.

Anspach, Brooke M., The use of buried catgut and intercutaneous suture in plastic operations on the perineum. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 4. p. 137. June.

Bachrach, Robert, Ueber d. Resultate unserer Operationen an d. Gallenorganen. Med. Klin. IV. 29.

Balduin, Aslett, Excision of the rectum by an abdominal anal method. Brit. med. Journ. July 18. p. 147.

Barklay, A. H., Some observations on acute and chronic appendicitis. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 47.

Bassler, Authony, A new corset for gastroptosis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 3. p. 118. July.

Battle, W. H., The radical cure of femoral hernia. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 6. p. 489. June.

Battle, William Henry, Traumatic rupture of the large intestine; operation; recovery. Brit. med. Journ. June 13.

Battle, William Henry, The necessity for the removal of the appendix after perityphlitic abscess. Lancet July 11.

Bayha, H., Ein Fall von Herznaht. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 21.

Becker, Paul, Myome d. Mastdarmes. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 2. p. 427.

Becker, Ueber d. Strangulationsileus („über d. Band"). Med. Klin. IV. 22.

Bennett, William H., On the use of the x rays in the diagnosis of appendicitis and some other abdominal conditions. Lancet May 23.

Bisshopp, F. R. B., and John D. Malcolm, A case of appendix rupturing during an operation and an analysis of the meaning of the symptoms. Lancet June 6.

Blake, John Baust, The use of sterile oil to prevent intraperitoneal adhesions. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 667. June.

Bland-Sutton, John, On a case of migration of the caecum producing obstruction of the ascending colon. Lancet June 27.

Bletchly, George P., Appendicitis complicated by hepatic abscess. Brit. med. Journ. May 16.

Bornhaupt, Leo, Zur operativen Behandlung d. Pancreatitis acuta. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Bovée, J. Wesley, Suppurative phlegmonous gastritis, with the report of a successful laparotomy (probably the first) in the treatment of a case. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 662. May.

Brnun, W., Beitrag zur Ileusbehandlung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Briggs, Wallace A., Torsion of appendices epiploicae and its consequences. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 6. p. 864. June.

Broadbent, John F. H., The diagnosis of perforating and of chronic duodenal ulcer. Lancet May 16.

Brunn, Max v., Weitere Erfahrungen über d. Behandlung d. appendicitischen Abscesse mit Naht. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. p. 250.

Burkhardt, L., Ueber Berstungsrupturen des Rectum. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24.

Capek, E., Eine weitere Modifikation d. Technik d. Cauterium. Darmanastomosen, resp. Gastroenterostomien. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. p. 509.

Cavaillon, Paul, et Emile Perrin, La colectomie dans les cancers du gros intestin. Revue de Chir. XXVIII. 6. 7. p. 761. 130.

Charnaux, Sangles ou ceintures médico-chirurgicales pneumatiques (Appareils antiptosique, obstétr. et chirurgical post-opératoire). Gaz. des Hôp. 68.

Cianni, Auguste, La laparotomia nella peritonite tubercolare. Rif. med. XXIV. 24.

Clark, John G., The surgical phases of enteroptosis. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 4. p. 140. June.

Coonon, H., Ueber d. Cholestentom d. Nabels. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 3. p. 718.

Coons, J. J., Primary carcinoma of the appendix. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 5.

Corner, Edward M., The treatment of gangrene in strangulated herniae. Lancet June 13.

Conteaud, Sur un cas de typhlo-appendicite post traumatique. Gaz. des Hôp. 83.

Credé. Gastroenterostomia caustica. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 799.

Curschmann, H., Die wichtigsten Indikationen zu chirurg. Eingriffen b. Erkrankungen d. Darmes. Grenzgeb. in d. Med. p. 266.

Dauwe, Octave, Quand et comment faut-il opérer l'ulcère de l'estomac. Gaz. des Hôp. 66.

Davios, Seymour F., Acute faecal impaction in the rectum. Brit. med. Journ. June 5. p. 1360.

Dawson, Bertrand, On the diagnosis and operative treatment of diseases of the stomach. Brit. med. Journ. May 9.

De Graeuwe, A., Ueber d. Resektion d. Choledochus. Chir. Centr.-Bl. XXV. 26. p. 790.

Delmer, Fremdkörperextraktion aus d. Bauchhöhle. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XXIV. 6. p. 126.

Deloro, X., et R. Leriche, Sur la pathogénie et le traitement de l'invagination intestinale. Revue de Chir. XXVIII. 7. p. 39.

Döbeli, Emil, Ueber Purpura abdominalis (*Henoch*). Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 9.

Don, Alexander, An easy method of excising piles. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 6. p. 522. June.

Dreifuss, Alhort, Beiträge zur Pankreaschirurgie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 432.

Ehner, Ad., Ueber d. heutigen Stand d. Erkrankung u. Behandlung d. Appendicitis. II. [*v. Volkmann's* klin. Vortr. 489—491. 494. 495. Chir. 145. 146.] Leipzig. Joh. Ambros Barth. Lex.-8. 88. 69 S. 2 Mk. 25 Pf., 1 Mk. 50 Pf.

Eklund, Thure, Bidrag till frågan om mekanisk ileus vid appendiciter och appendikulära peritoniter. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 561. Juin.

Elsberg, Charles A., Pneumothorax and posture; the importance of the abdominal posture in operations on the pleura and lungs. New York med. Record LXXIII. 21. p. 846. May.

Eschhaum, O., Viermalige Magenoperation in Folge Verwachslung von gastrischen Krisen mit Pylorusstenose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23.

Eve, Frederic, On experiences of the surgical treatment of non malignant affections of the stomach. Lancet June 27.

Exner, Alfred, Ueber nicht melanot. Sarkome d. Darmes. Med. Klin. IV. 23.

Exner, Alfred, u. Hans Beyrovsky, Zur Pathogenese der Cholelithiasis. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 609.

Fagge, C. H., On the pathology and treatment of inguinal hernia in children. Lancet May 2.

Fedormann, Ueber d. Beurtheilung u. Behandl. d. akuten Peritonitis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 28.

Fingor, Wilhelm, Beitrag zur Indikationsstellung der Gastroenterostomie. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Flörcken, H., Das Fadenrecidiv nach Gallensteinoperationen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 3. p. 310.

v. Fogarrassy, Brusthöhlenverwundung durch einen Nahschuss. Militärarzt XLII. 14.

Foasataro, E., L'ematemesi nell'appendicite cancrenosa e le consequenze che se ne possono dedurre per il momento in cui bisogna intervenire nell'appendicite. Rif. méd. XXIV. 24.

Gehelo, Zur Prognose u. Behandl. d. Peri- u. Para-Appendicitis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Gebolo, Zur Casuistik d. Entzündung d. *Meckel*'schen Divertikels. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23.

Goebel, Carl, Ueber Rectumstrikturen. Med. Klin. IV. 27.

Goodman, Charles, and Siegfried Wachsmann, The surgical treatment of alveolar pulmonary emphysema. New York med. Record LXXIII. 20. p. 807. May.

Gray, H. M. W., Motor functions of the stomach in normal cases, after gastro-entorostomy as demonstrated by x rays. Lancet July 25.

Greenfield, Dudley G., An early case of intussusception. Brit. med. Journ. May 9. p. 1108.

Gröndahl, Nils Baeker, Et tilfälde af kronisk gasemfysem i tarmen (pneumatosis cystoides intestinorum hominis). Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 7. s. 641.

Grossmann, E., Ueber d. operative Behandl. d. Hernien im Kindesalter. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Hall, F. de Havilland, A case of enteric intussusception. Lancet May 30.

Harbin, W. P., A report of 3 cases operated upon for large abdominal tumors. New York med. Record LXXIII. 23. p. 935. June.

Hardouin, P., et Marquis, Abcès froids thoraciques rétro-mammaires. Revue de Chir. XXVIII. 6. p. 79. 7. p. 79.

Harrison, Eric H. R., A case of sarcoma of the right os innominatum simulating appendix abscess. Lancet June 20.

Hess, Alfred F., Primary tuberculosis of the mesenteric glands: report of infections with bacilli of the human type. Proceed. of the New York pathol. Soc. N. S. VIII. 1 a. 2. p. 25.

Hofbauer, Ludwig, Zur operativen Behandl. gewisser Lungenkrankheiten (Emphysem u. Tuberkulose). Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 63.

Huber, Francis, Specimens and photograph of resected ribs. Transact. of the Amer. ped. Soc. XXIX. p. 193.

Jerusalem, Max, Einiges über Nachbehandlung Laparotomirter. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Johnson, George Ben, Non-parasitic cysts of the spleen. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 615. June.

Johnstun, George Ben, Diverticulum of the vermiform appendix. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 614. June.

Kehr, H., Die interno u. chir. Behandl. d. Gallensteinkrankheit. Grenzgeb. in d. Med. p. 330.

Kampf, Friedrich, Ueber d. Mechanismus d. Darmberstung unter d. Wirkung d. Bauchpresse. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 6. p. 524.

Kelly, A. O. J., Primary carcinoma and endothelioma of the vermiform appendix. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 6. p. 851. June.

Klauber, Oskar, Fortschritte in d. Perityphlitis- u. Peritonitisbehandlung. Med. Klin. IV. 28.

Knowling, Ernest M., Penetrating wound of abdomen; fracture of the sacrum; abscess; recovery. Brit. med. Journ. July 25. p. 197.

Koch, Wilhelm, Die Entstehungsgeschichte u. Behandl. d. Eingeweidobrüche. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Kocher, Theodor, Appendicitis gangraenosa u. Frühoperation. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 13. 14.

Köppl, D., Beiträge zur Kenntniss u. Casuistik d. Hernia ischiadica an d. Hand d. ersten radikal operirten u. geheilten Falles. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 2. p. 314.

Kümmell, Hermann, Abkürzung d. Heilungsverlaufes Laparotomirter durch frühzeitiges Aufstehen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. p. 494.

Kuhn, Franz, Darmanastomose mittels Gummiknaht d. Schleimhäute. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 25.

Digitized by Google

Kuhn, Franz, Lungenüberdruck mittels peroraler Intubation u. continuirl. Luftpuffung an d. Intubationsrohr. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 26. p. 788.

Ladenberger, H., Die *Talma*'sche Operation. [Würzb. Abhandl. VIII. 7.] Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.) Lex.-8. 34 S. 85 Pf.

Lambret, O., et Tramblin, Hernie inguino-superficielle. Echo méd. du Nord XII. 21.

Lance, Symptômes et diagnostic des abcès sous-phréniques. Gaz. des Hôp. 60. 62.

Landau, L., Ueber duodenalen Ileus nach Operationen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Lederer, Oskar, Ueber Epiploitis. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XI. 11.

Le Fort, René, Pseudo-occlusion intestinale par péritonite; ulcères perforants de l'iléum; laparotomie; guérison. Echo méd. du Nord XII. 24.

Lejars, Les abcès pelvi-péritonitiques. Semaine méd. XXVIII. 25.

Lerda, Guido, Sulle rotture sottocutanee dell'intestino. Arch. internat. de Chir. IV. 1. p. 37.

Liehlein, Viktor, Der Galalith-Darmknopf. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 2. p. 289. — Chir. Centr.-Bl. XXXV. 19. p. 600.

Lindqvist, Silas, Studier öfver resultaten af radikaloperationer för bråck vid kirurgiska kliniken i Upsala $^{1}/_{9}$ 1888—$^{31}/_{12}$ 1904. Upsala läkareförcn. förh. N. F. XIII. Suppl.

Loude, P., Lithiase biliaire familiale; rupture de la vésicule; péricholécystite suppurée, opérée et guérie. Revue de Méd. XXVIII. 5. p. 484.

Longard, C., Beitrag zur operativen Behandl. d. Invaginatiou d. Colon descendens. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 21.

Losio, Livio, Tumore infiammatorio della parete addominale da corpo straniero migrante. Rif. med. XXIV. 19.

Lynch, Jerome M., Intussusceptiou of the sigmoid. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 23. p. 1075. June.

Macewen, John A. O., An unusual type of breast tumour. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XII. 4. p. 516. April.

Mac Laren, Archibald, Pelvic abscess with special reference to rectal drainage. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 671. June.

Mc Williams, Clarence A., Primary carcinoma of the vermiform appendix. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 6. p. 822. June.

Manwaring-White, R., Perforated gastric ulcer; operatiou; recovery. Brit. med. Journ. June 13.

Maroano, G., Abcès dysentériques de la convexité du foie. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 18. p. 501. Mai 3.

Marsden, J. K., Case report ou plastic repair in old gunshot wounds of abdomeu. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. 6. p. 529. 711.

Mastin, William M., A unique anomaly of the great or gastrocolic omentum. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 612. Jnue.

Maxwell-Adams, Case of strangulated femoral hernia, complicated by prolapse of the caecum and adhesion of the vermiform appendix to the sac. Brit. med. Journ. May 2.

Maylard, A. Ernest, A method of administering solids in cases of gastrostomy. Lancet May 16.

Mayo, William J., Anemic spot ou the duodenum which may be mistaken for ulcer. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 600. June.

Mezger, Hernia epigastrica, complicirt mit Ulcus ventriculi. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 18.

Mocquot, Pierre, Contusiou de l'abdomen; rupture dn foie et déchirure dn gros intestin. Progrès méd. 3. S. XXIII. 22.

Mohr, Heinrich, Diagnost. Schwierigkeiten u. Differentialdiagnose b. Appendicitis. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 479. 480. Chir. 139. 140.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 68 S. 1 Mk. 50 Pf.

Morisou, Alexander, On thoracostomy in heart disease. Lancet July 4.

Mortou, Charles A., On a consecutive series of 34 cases of excision of a portiou of the rectum for carcinoma. Brit. med. Journ. May 2.

Moty, F., Procédés de cure radicale des hernies. Echo méd. du Nord XII. 20.

Moty, F., Le traitement chirurgical des perforations typhoïdiques. Gaz. des Hôp. 78.

Moullin, C. Mansell, On gastro-enterostomy for uon malignant disease. Brit. med. Journ. July 11.

Moynihan, G. B. A., The surgical treatment of cancer of the sigmoid flexure and rectum. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 463.

Moynihan, B. G. A., On gastro-enterostomy and after. Brit. med. Journ. May 9.

Mudd, F. B., Points in the treatment of acute abdominal sepsis. Transvaal med. Journ. III. 11. p. 282. Juno.

Mühsam, Richard, Stieldrehung d. Gallenblase. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25.

Müller, L., Operative Behandlung des Lungenemphysems. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XI. 9.

Mummery, J. P. Lookhart, A new method of restoring the continuity of the bowel in cases of excision of a growth low down in the sigmoid flexure. Lancet May 16.

Murphy, A. J., Etiology of empyema. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 97. May.

Murphy, John B., Postoperative peritonitis. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 565. June.

Nast-Kolb, A., Beitrag zur Frage d. Sensibilität d. Bauchorgane. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 28. p. 857.

Neuhaus, Ergebnisse funktioneller Mageuuntersuchungen b. Gastroektomisirten hinsichtl. d. Früh- u. Spätresultate. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 486. Chir. 141.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 33 S. 75 Pf.

Nicolaysen, Johan, Den strikturerende tyndtarmtuberkulose og dens kirurgiske behandling. Kristiania. Steenske Bogtr. 8. 63 S.

Nitch, Cyril A. R., 30 consecutive cases of appendicitis with diffuse peritonites. Lancet June 30.

Norris, C. C., The omentum, its anatomy, histology and physiology in health and disease. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 4. p. 119. June.

Oeken, Ein Fall von Zerreissung d. Ductus thoracicus in Folge Brustquetschung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Parker, Edward Mason, Intestinal anastomosis without open incisions of bersting stitches. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 206. p. 132. May.

Parker, Rushton, A case of gastrotocele. Brit. med. Journ. May 16. p. 1173.

Parker, Rushton, An unusual case of appendicites. Brit. med. Journ. June 5.

Payr, E., Der entzündete Hämorrhoidalknoten u. seine Behandlung. Med. Klin. IV. 18.

Paterson, Peter, 2 cases of strangulation of the transverse colon, one in an inguinal and the other in a femoral hernia. Lancet July 25.

Pennington, J. Rawson, The sigmoidal factor in pelvic diseases. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 21. p. 971. May.

Petrivalsky, Julius, Znr Hirschsprung'chen Krankheit. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. p. 318.

Plagemann, Hermann, Intraartikuläre nnschriebene Osteomyelitis d. Synchondrosis sacro-iliaca; Operatiou; Heilung mit guter Funktiou. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 22.

Pollard, Bilton, On rectal drainage in cases of pelvic abscess due to appendicitis. Brit. med. Journ. July 25.

Port, Konrad, Die *Graser*'sche Operation grosser Nabel- u. Bauchbrüche. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23.

Potocki, Phlegmon thoraco-abdominal disséquant chez un nouveau-né; guérison. Revue d'Obst. et de Paed. XXII. p. 204. Juin.

Riedel, Die Frühoperation d. akuten schweren Cholecystitis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 22.

Ritter, Carl, Zur Frage d. Sensibilität d. Bauchorgane. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 20.

Rochard, Foie mobile porteur d'un kyste hydatique. Bull. de Thér. CLV. 17. p. 641. Mai 8.

Rochard, E., Kysto hématique de la rate. Bull. de Thér. CLV. 22. p. 833. Juin 15.

Rumpf, Th., Die chir. u. interne Behandl. d. Appendicitis. Grenzgeb. in d. Med. p. 171.

Sanders, A. W., Liver abscess. Transvaal med. Journ. III. 9. p. 230. April.

Schlesinger, Erich, Pneumopessar zur Behandl. von Hämorrhoiden u. Analprolapsen. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 287.

Schlieps, Wilhelm, Ueber d. primäre Carcinom d. Jejunum u. Ileum. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 3. p. 722.

Schmidt, Erwin, Ueber d. Entstehung eines Mesenterium ileo-colicum commune. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. p. 198.

Schütte, Ein Fall von Lungennaht wegen schwerer Blutung nach Schussverletzung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 26.

Schwab, Max, Die Vorbereitung d. Kr. zur Laparotomie. Med. Klin. IV. 23.

Seidel, Hans, Ueber d. Chondrotomie d. 1. Rippe b. beginnender Spitzentuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Seidel, Hans, Bemerkungen zur Chondrektomie b. Emphysem in Folge starrer Thoraxdilatation. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 3. p. 808.

Sertoli, Alfonso, Ricercho sui risultati tardivi della cura radicale delle ernie addominali precednte da un studio anatomo-clinico-statistico. Rif. med. XXIV. 26. 27.

Siegel, Ernst, Totale Brustbeinresektion u. operative Heilung einer Lungencaverne. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Sievers, Roderich, Ein Fall von Embolie d. Lungenarterie nach der Methode von *Trendelenburg*. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 3. p. 282.

Silberstein, Leo, Ueber Blinddarmentzündung u. deren Behandlung. Wien. klin. Rundschau XXII. 27. 28.

Spence, Thomas Bray, Angulation of the sigmoid. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 18. p. 832. May.

Steinthal, Zur Dauerheilung des Brustkrebses. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 775.

Stockum, W. J. van, De gastro-enterostomie. Nederl. Weekbl. I. 26.

Stokes, A. F., Note on a case of strangulated *Meckel's* diverticulum in a right inguinal hernia. Lancet June 27. p. 1841.

Stone, Arthur K., Tuberculous peritonitis. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 705. May.

Thorspecken, O., Ein Beitrag zur Pathologie d. Magen-Colonfistel. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 13.

Tilp, A., Zur Kenntniss d. Implantationscarcinome im Abdomen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25.

Tokarski, Rupturen u. Perforationen am Darme. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 25.

Trendelenburg, F., Ueber d. operative Behandl. d. Embolie d. Lungenarterie. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 686. — Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 36.

Upcott, Harold, False diverticula of the appendix. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 454.

Vautrin, Traitement de la pancréatite chronique, compliquée d'oblitération du cholodoque. Revue de Chir. XXVIII. 5. p. 589.

Venus, Ernst, Die chirurg. Behandlung d. Perikarditis u. d. chron.-adhäsiven Mediastinalperikarditis (Cardiolysis). Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XI. 11. 12. 13.

Voecklor, Th., Ueber d. primären Krebs d. Wurmfortsatzes. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. p. 477.

Voeckler, Th., Eine seltene Form innerer Incarceration. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 381.

Vogel, K., Trauma u. Appendicitis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23.

Weimann, Hans, Ueber einen Fall von Heilung eines perforirten Magengeschwürs durch einfache Eröffnung eines intraperitonäalen Abscesses. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24.

White, E. Hamilton, Primary colloid carcinoma of the vermiform appendix. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 702. May.

Whiteford, C. Hamilton, Plastic resections of the breast and its bearing on the preliminary incision of breast tumours. Brit. med. Journ. June 5.

Whiteford, C. Hamilton; A case of plastic resection of the breast and its bearing on the routine preliminary incision of breast tumours. Lancet July 11. p. 94.

Whitworth, A. W. T., Note on a case of tuberculosis of the mesenteric glands with ulceration into the superior mesenteric artery. Lancet July 18. p. 157.

Windscheid, Vortäuschung eines Lungenleidens nach Brustquetschung. Med. Klin. IV. 23.

Würtzen, C. H., og R. Kier Petersen, Om kunstig Pneumothorax. Hosp.-Tid. 5. R. I. 18.

Zander, Paul, Hernie u. Unfall. Med. Klin. IV. 25.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie*. IV. 1. Hampeln; 5. Kornfeld. V. 2. d. Katy. VI. Pankow, Rinne. VII. Runge, Weber. XIII. 2. Sussmann, Wilcox. XVIII. Zimmermann.

d) Harnorgane und männl. Geschlechtsorgane.

Baumgarten, Samuel, Die durch Modifikation d. Methode *Le Forts* b. d. Strikturbehandlung erreichten Erfolge. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 19.

Bayer, Carl, Protastatadehnung. Arch f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 701.

Becker, Zur Casuistik gichtischer Affektionon von Hoden u. Prostata. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6 p. 285.

Bevan, Arthur Dean, The diagnosis and treatment of kidney-stone. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 675. June.

Blum, Viktor, Ein neues einfaches Instrumentarium f. endovesikale Operationen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Brewer, George Emerson, An analysis of 140 operations on the kidneys and ureters. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 625. May.

Brewer, George Emerson, Acute unilateral haematogenous infections of the kidney. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 699. June.

Brongersma, H., Een bijdrage tot de kennis der kystennier. Nederl. Weekbl. I. 20.

Cahot, Hugh, A case of extensive traumatic strikture of the urethra. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 22. p. 831. May.

Cardenal, Leo., Ueber Dauerkatheterismus d. Uretoren in d. chirurg. Behandl. verschied. Blasenleidon u. d. Prostatahypertrophie. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 21.

Casper, Zur Therapie d. Prostatahypertrophie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Castellani, Aldo, Endemio folliculitis. Lancet July 4.

Clevelnnd, J. W., Note of a case where a piece of string tied round the penis caused strangulation and gangrene. Lancet May 30. p. 1550.

Digitized by Google

Codman, E. A., A case of intravesical cyst of the ureter. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 22. p. 828. May.

Dalton, F. J. A., Vesical calculi formed around broken hair-pin; suprapubic cystotomy. Brit. med. Journ. July 4. p. 25.

Delbet Pierre, et Maurice Chovassu, Les oblitérations blennorrhagiques de l'épididyme et leur traitement chirurgical. Revue de Chir. XXVIII. 5. p. 628.

Delore, X., et André Chalier, Tuberculose urétrale et péri-uretrale; urétrites tuberculeuses et rétrécissements tuberculeux de l'urètre. Gaz. des Hôp. 54.

Doran, Alban H. G., Cystic tumour of the suprarenal body, successfully removed by operation. Brit. med. Journ. June 27.

Federer, Karl, Die ambulator. Behandlung u. Heilung d. Striktur. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Fenwick, E. Harry, The value of bilateral ureterostomy (short-circuiting of the urine) in advanced cancer of the bladder or prostata. Brit. med. Journ. July 4.

Föderl, O., Zur Technik d. Amputatio penis. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Födorl, O., Phimosenoperation. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 26.

Frank, Ernst R. W., Ueber d. Anwendung d. *Bier*'schen Stauung in d. Urologie. Med. Klin. IV. 21.

Fuchs, Bernhard, Zur Kenntniss d. Leukoplakia penis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 91.

Fuller, Engeno, Gonorrhoeal rheumatism cured by seminal vesiculotomy. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 22. p. 1028. May.

Gibbon, John H., Ureteral calculi, with a further report of the combined intra- and extraperitoneal ureterolithotomy. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 483.

Gilpatrick, R. H., 2 cases of carcinoma of the bladder, treated with injections of trypsin. Boston. med. a. surg. Journ. CLVIII. 25. p. 939. June.

Giuliani et Arcelin, Calculs de la vessie et radiographie. Lyon méd. CX. p. 1317. Juin. 21.

Hans, Hans, Intussuceptio urethrae. Med. Klin. IV. 24.

Horand, René, Tuberculose inflammatoire de la vaginale testiculaire; Hydrocèle vaginale d'origine tuberculeuse. Lyon méd. CX. p. 985. Mai 3.

Kaarsberg, Hans, Nyreoperation efter svigtende Forsög med Uretercystoskopet. Hosp.-Tid. 5. R. I. 27. 28.

Karo, Wilhelm, Treatment of enlargement of the prostata. Therap. Gaz. 3. LXXIV. 5. p. 316. Mai.

Kate, Tokijiro, u. Kotzenberg, Ueber d. Verhalten d. arteriellen Blutdruckes b. chirurg. Nierenerkranknngen u. Appendicitis. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 2. p. 404.

Kraus, Oscar, Ueber Blasenwaschung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23.

Kroiss, Friedrich, Ueber d. plast. Operationen am Nierenbecken u. oberen Uroteralabschnitt b. d. Retentionsgeschwülsten d. Niere. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 2. p. 423.

Lanz, O., Over prostatahypertrophie. Nederl. Weekbl. I. 24.

Lanz, Zweizeitige Prostatektomie unter Lokalanästhesie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIX. 22.

Liek, E., Experimentelles über Collateralkreislauf d. Niere. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. p. 101.

Lilienthal, Howard, Suprapubic prostatectomy in 2 stages. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 24. p. 1134. June.

Mc Cosh, Andrew J., Results of operation of the kidney for tuberculosis and calculus. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 705. June.

Mac Munn, James, On atrophy of the prostata and on measuring the length of the urethra. Brit. med. Journ. June 5. p. 1360.

Meier, J. C., An unusual case of rupture of the bladder; subsequent prostatectomy. Brit. med. Journ. July 4. p. 25.

Pilcher, Paul, Prevention and treatment of cystitis. New York med. Record LXXIII. 21. p. 856. May.

Pollak, Emil, Endovesikale Auflösung von Fremdkörpern. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Remijnse, J. G., Iets our prostatectomia suprapubica. Nederl. Weekbl. I. 25.

Renner, Indikationen u. Resultate d. Blasennaht. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 3 p. 677.

Reynolds, Walter S., A piece of catheter voided during urination. New York med. Record LXXIII. 18. p. 734. May.

Richards, Owen, A case of successive removal of a stone weighing 2 pounds. Lancet July 25.

Roth, L. J., Ueber Chirurgie d. Harnwege. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 24.

Schindler, Carl, Zur Behandl. d. Epididymitis gonorrhoica mit Punktion. Dermatol. Ztschr. XV. 6. p. 375.

Sénéchal, Marcel, Calcul vésical, cystite calculeuse, consécutifs au passage d'un fil le ligature à travers la paroi de la vessie. Gaz. des Hôp. 50.

Shober, John B., Nephroureterektomy for tuberculoses. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 6. p. 397. June.

Vanverts, J., Un cas de testiculite double. Echo méd. du Nord XII. 22.

Vaughan, George Tully, Stone, tuberculosis of the kidney and perinephric abscess. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 692. June.

Veil, Wolfgang, Zur Kenntniss d. Prostatasarkoms. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18. 19.

Vulliet, H., Quelques rémarques à propos de 3 observations de rupture traumatique de la vessie. Revue méd de la Suisse rom. XXVIII. 7. p. 490. Juillet.

Wagner, Paul, Neuere Beiträge zur Nierenchirurgie. Schmidt's Jahrbb. CCXCIX. p. 18. 113.

Weisswange, Fritz, Nierenabscess nach Gonorrhöe; Nephrotomie; Heilung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Wilms, Zur Technik d. Beckencompression b. Operation d. Blasenektopie nach *Trendelenburg*. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 3. p. 321.

Wilms, Eine neue Methode d. Prostatektomie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 325.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Hörrmann; 9. Dalla Faverna. VI. Arndt, Currie, Hannes, Knorr, Lohnstein, Simpson, Teller. VII. Cumston, Folgowski, Haim, Kleinertz. XIII. 2. Assmy.

e) Extremitäten.

Abbott, Eldville Gerhardt, A report of 31 cases of congenital dislocations of the hip joint, reduced by manipulation. New York med. Record LXXIII. 21. p. 848. May.

Ansset, Genu varum double d'apparition récente chez une enfant de 14 ans. Echo méd. du Nord XII. 28.

Bayer, Carl, Zur Berechtigung conservirender Operationsversuche bei unheilbaren Unterschenkelgeschwüren. Arch. internat. de Chir. IV. 1. p. 28.

Bayer, Carl, Ein osteoplast. *Chopart.* Chir. Centr.-Bl. XXI. 29. p. 886.

Berger, Paul, Epithéliome du talon développé autour d'un sequestre resultant d'une ostéomyelite ancienne du calcanéum; opération *Wladimiroff-Mikulicz*. Revue de Chir. XXVIII. 6. p. 735.

Bowlby, Anthony A., 900 cases of tuberculous disease of the hip. Brit. med. Journ. June 20.

Brown, George S., An improved Hodgen splint for the treatment of fractures of the thigt or other painfull affections of the lower extremity. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 531.

Brunn, Max von, Ueber die schnellende Hufte. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. p. 121.

Digitized by Google

Buchmann, P., Behandl. knöcherner Ellbogengelenksankylosen mittels Ueberpflanzung von ganzen Gelenken. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 19.

Couteaud, Étude sur l'orteil en marteau. Revue de Chir. XXVIII. 7. p. 68.

Crandon, L. R. G., Orthopaedio haeresies on feet and their treatment. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 17. p. 537. April.

Dam, J. M. van, Hammerteenen. Nederl. Weekbl. I. 18.

Davidsohn, Felix, Die Fraktur der distalen Fingerphalanx in Folge Abriss d. Strecksehne. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Edmondson, J., A mothed of treating fracture of the femur in the newly born. Brit. med. Journ. July 25. p. 197.

Ely, Leonard W., Report of 9 cases of fracture of the carpal scaphoid. New York med. Record LXXIII. 19. p. 766. May.

Ewald, Karl, Ueber d. Verrenkung d. Fusses nach hinten u. d. Extensionsverband b. gebeugtem Knie. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 26.

Ewald, P., Ueber die Behandl. von Fingerfrakturen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Fairbank, H. A. T., On congenital dislocation of the hip and its treatment. Lancet June 30.

Forrari, Gustavo, Un caso di trombosi dell'arto inferiore sinistro (phlegmasia caerulea dolens) al termino di un pneumonite diplococcica. Rif. med. XXIV. 22.

Fortunet, Désir de, et Regnault. Ballo de fusil à aiguille ayant séjourné 38 ans dans la fomur. Lyon méd. CX. p. 1379. Juin 28.

Franck, Erwin, Zur Beurtheilung d. Oberschenkelhalsbrüche. Med. Klin. IV. 26.

Freiberg, Albert H., The relaxed knee-joint. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 696. May.

Gaucher et Abrami, Sarcome mélanique du pied. Bull. de la Soc. de Dermatol. et de Syph. XIX. 5. p. 188.

Gruget, Albert, La fracture de *Dupuytren*. Gaz. des Hôp. 7. p. 76.

Hallowes, William Bourne, A case of subclavicular dislocation of the humerus. Lancet May 2. p. 1275.

Hashimoto, Vicomt, u. M. Saito, Erzielung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Nachbehandlung nach *H. Hirsch* im japan.-russ. Kriege 1904/5. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. p. 589.

Hibbs, Russell A., An original method of operating for congenital dislocation of the hip. New York a. Philad. med. Journ. LXXVII. 17. p. 767. April.

Igelstein, Leiser, Ueber d. Pseudofrakturen d. Sesambeine d. 1. Metatarsophalangealgelenks. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 6. p. 506.

Jones, Robert, On the treatment of fracture of the femur in the newly born. Brit. med. Journ. June 5.

Iselin, Quadricepssehnen-Riss. Ausreissung d. Tuberositas tibiae. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 19. p. 295.

Kaefer, N., Zur Behandl. d. Vorderarmbrüche. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Kirchner, A., Talusluxation oder Luxatio pedis sub talo. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 501.

Kirsch, E., Peronäusersatz durch Seidenplastik. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23.

Langfellner, Karl, Die Behandlung d. Knickfusses mit Einlagen u. orthopäd. Apparaten. Wien. klin. Rundschau XXII. 18. 19.

Langfellner, Karl, Ein specieller Plattfussstiefel. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 22.

Lexer, Erich, Substitution of whole or half joints from freshly amputated extremities by free plastic operation. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 601. June.

Lindenstein, Zur Casuistik seltener Luxationen d. Schultergelenks, d. Beckens u. d. Hüftgelenks. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 3. p. 709.

Magnusson, Paul B., Lenghtening shortened bones of the leg by operation. Univers of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 103. May.

Martini, Enrico, Ueber einen neuen Apparat f. d. Frakturen d. Schenkels. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. p. 230.

Martini, Enrico, Ueber einen neuen Apparat f. d. Behandl. d. Fraktur d. Armes. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 389.

Meissner, Die Frakturen beider Femurcondylen. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. p. 216.

Ménard, V.; Fr. Le Moine et J. Pénard, Contributions à l'étude clinique et radiographique de la syphilis héréditaire des os longs. Gaz. des Hôp. 51.

Muskat, Gustav, Stauungshyperämie b. fixirtem Plattfuss. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Muskat, Gustav, Ein Beitrag zur Behandl. d. Genu valgum. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 28.

Nason, E. N., Dislocation of the ankle. Brit. med. Journ. June 13. p. 1424.

Nunokawa, Kohsaku, Periost. Fibrosarkom d. linken Hüftbeins mit fast ausschliessl. Metastasirung im Knochensystem. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20.

Ohly, Adolf, Luxation d. Os lunatum. Pathol. Anatomie u. blutige Reposition derselben. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. p. 208.

Painter, Charles F., Suture of the patellar tendons. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 25. p. 930. June.

Patoir, J., Luxation et fracture du coude droit chez un menuisior de 58 ans. Echo méd. du Nord XII. 25.

Peiser, Alfred, Ueber Panaritium d. Molker. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 28.

Pery, Alfred, Om oporativ Behandling af Ischias. Hosp.-Tid. 5. R. I. 22. Vgl. a. 26. s. 782. — Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 29.

Pupovac, Dominik, Zur Kenntniss d. sogen. schnellenden Hüfte (Hanche à ressort *Forreton*). Wien. klin. Wchnschr. XXI. 19.

Rauenbusch, L., Ein Beitrag z. Behandl. d. angeb. Unterschenkelpseudarthrose. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 22.

Reinhard, Tod an Rippenfellentzündung u. Lungenödem im Anschluss an Contusion d. rechten Oberschenkels. Med. Klin. IV. 30.

Reismann, Talusluxetion oder Luxatio pedis sub talo? Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. p. 218.

Reismann, Hochgrad. Narbencontraktur sämmtl. Finger d. rechten Hand in Beugestellung. Münchn. med. Wchnschr. LX. 28.

Riedinger, J., Haltungsanomalie u. Derangement im Hüftgelenk. Arch. f. physik. Med. u. med. Techn. III. 2. p. 101.

Riedinger, J., Hackenfuss u. Spitzfuss (Pes calcaneus traumaticus). Arch. f. physik. Med. u. med. Techn. III. 2. p. 107.

Riedinger, J., Zur Technik d. Achillestenotomie. Centr.-Bl. f. chir. u. mech. Orthop. II. 2. p. 53.

Riedinger, J., Zur Behandl. d. Ankylosen u. Contrakturen d. Kniegelenks. Centr.-Bl. f. chir. u. mech. Orthop. I. 12. p. 513.

Roith, Luxatio sub talo nach hinten u. aussen mit Subluxation d. Cuboids. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 2. p. 394.

Russ, Raymond, The surgical aspects of *Dupytren's* contracture. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 6. p. 856. June.

Sadolin, Frode, Den opererede Ischias-Patient. Hosp.-Tid. 5. R. I. 29. s. 871.

Soutter, Robert, The use of sick ligaments in addition to muscle and tendon transference in infantile paralysis. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 23. p. 855. June.

Stich, Rudolf, Ueber d. Erfolge d. operativen Behandl. d. Fussgelenksoperation. Deutscho med. Wchnschr. XXXIV. 28.

Streissler, Eduard, Ueber d. operative Behandl. irreponibler vorderer Hüftluxationen. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 3. p. 571.

Thomas, J. Lynn, Fracture of the patella treated by mobilizing the lower fragment. Brit. med. Journ. May 16.

Thon, Volare mit typ. Radiusfraktur complicirte Ulnaluxation; Ulnarislähmung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Tubby, A. H., Coza valga. Brit. med. Journ. July 25.

Wolff, Ewald, Die Häufigkeit d. Extremitätennekrose nach Unterbindung grosser Gefässstämme. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 3. p. 762.

Wollenberg, Gustav Albert, *Little*'sche Krankheit u. Hüftluxation. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Biron. VIII. Siemon.

VI. Gynäkologie.

Ahreiner, G., Ueber d. Blutungen b. d. sogen. Metritis. Arch. f. Gyn. LXXXV. 2. p. 372.

Albeck, Victor, Sammelbericht über d. gesammte geburtshülfl.-gynäkol. Literatur Dänemarks 1907. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 5. p. 591.

Albrecht, Haus, Ueber d. Carcinosarkom des Uterus. Frankf. Ztschr. f. Pathol. II. 1. p. 191.

Albrecht, Hans, Zur Kritik d. neuen Lehre von d. Endometritis. Frankf. Ztschr. f. Pathol. II. 1. p. 209.

Albrecht, Hans, Die prakt. Verwendbarkeit d. Leukocytenbestimmung f. d. Diagnose d. entzündl. Erkrankungen d. weibl. Genitale. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 177.

Anspach, Brooke M., Chorio-epithelioma of the uterus. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 4. p. 127. June.

Arndt, Curt, Occlusivepessar als Fremdkörper in der Blase. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 21.

Baldy, J. M., American gynecol. Society. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 21.

Barbour, A. H. F., Das untere Uterinsegment. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 91.

Barrett, Channing W., Intramural transplantation of the round ligament versus *Alexander's* operation or ventro-suspensio-fixation of the uterus for retroversioflexio. New York med. Record LXXIII. 17. p. 686. April.

Bartlett, Williard. Simplified technique for supravaginal hysterectomy. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 530.

Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynäkologie, unter Red. von *A. Hegar*. XIII. 1. Leipzig. Georg Thieme. 8. 172 S. mit 22 Textabbild. u. V Tafeln.

Bircher, Engen, Combination von Ovarialcarcinomen mit anderen Geschwülsten (Multiplicität d. Genitaltumoren. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 2. p. 435.

Bland-Sutton, John, On present position of abdonimal hysterectomy for fibroids in London. Brit. med. Journ. July 4.

Blumenthal, R., Valeur semeiologique de l'examen du sang en gynécologie et obstétrique. Belg. méd. XV. 14.

Bossi, L. M., Der schneckenferm. Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 20.

Brenner, M., Ein Fall von beginnendem Cheriepithelioma malignum mit frischer, kleiner Metastase in d. Scheide. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 5. 6. p. 514. 713.

Burokhard, Georg, Ein Beitrag zur Ovarientransplantation. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. XLIII. 3. p. 499.

Cahot, Hugh, A case showing certain objections to expleratory hysterotomy. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 22. p. 832. May.

Carmichael, E. Scott, Englischer Literaturbericht 1907. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 5. p. 596.

Chiaje, S. delle, Ueber ein Cytotoxin, welches d. Fettentartung d. Eierstocks hervorruft. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 21.

Chrobak, R., u. A. v. Resthorn, Die Erkrankungen d. weibl. Geschlechtsorgane. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Hermann Nothnagel*. Lief. 120. Wien u. Leipzig. Alfred Holder. Gr. 8. 272 S. mit 90 Abbild. u. 2 Tafeln.

Clark, John G., Gynecological instruction. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XII. 4. p. 114. June.

Cragin, Edwin B., Ventrosuspension an unsafe operation for posterior displacement of the uterus during child-bearing age. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 45.

Currie, O. J., 5 cases of vesico-vaginal fistula. Brit med. Journ. May 9. p. 1108.

Curtis et J. Vanverts, Grand kysto du parovaire à contenu cholestériquo. Echo méd. du Nord XX. 26.

Daels, Frans, Un facies nouveau de néoformation histologiquo dans un organome de l'ovaire. Belg. med. XV. 30.

Davis, Edward P., Syncytioma or chorioepithelioma of the placenta. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 473.

Deletrez. Volumineux kyste de l'ovaire chez uno malade de 73 ans. Presse méd. belge LX. 19.

Dalbet, Pierre, Inversion de l'utérus. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 2. S. V. p. 329. Juin.

De Wald, George Lewis, Histological changes in the endometrium incidental to the menstrual cycle. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 91. May.

Dewar, Thomas W., Vaginal haemorrhage and milky secretion from mamma in an infant. Brit med. Journ. June 13. p. 1423.

Dührssen, A., Die Keilresektion d. Corpus uteri wegen chron. Metritis. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 3. p. 541.

Emrys-Roberts, E., Ascites and tumours of the ovary. Lancet July 28.

Ernst, Otto, Beitrag zur Kenntniss d. Adenomyoma uteri. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 3. p. 712.

Faure, J. L., Traitement du cancer des organes génitaux chez la femme. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 2. S. V. p. 335. Juin.

Ferguseon, Alexander Hugh, Simple hysterectomy in simple cases. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 543.

Fischer, Heinrich, Ein Doppelscheidenspiegel gleichzeitig zum Saugen u. Spülen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Frankenstein, Kurt, Ueber vollkommenen Verschluss d. Vagina. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 22.

Frankl, Oskar, Physik. Therapie d. entzündl. Adnexerkrankungen. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 30.

Gaudier, H., Tumeur surrénalienne de l'ovaire. Echo méd. du Nord XII. 30.

Gelderen, D. N. van, Ileus na de bevalling ten gevolge van een gezwel van den eierstock. Nederl. Weekbl. I. 25.

Glogner, M., Ueber eine besonders grosse Abdominalgeschwulst b. einer Javanin. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 10. p. 325.

Goelet, Augustin H., The treatment of endometritis by irrigation and drsinage. New York med. Record LXXIII. 17. p. 681. April.

Goenner, Alfred, Ueber Sondenaufrichtung u. Intrauterinstifte. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 78.

Göth, Lajos, Bedrohliche innere Blutung aus einem Perithelioma ovarii. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 26.

Guildal, Poul, Et Tilfälde af Inversio uteri inveterated. Operatio. Hosp.-Tid. 5. R. 1. 29.

Hannes, Walther, Was leistet d. Cystoskopie hinsichtl. d. Indikations- u. Prognosenstellung d. abdominalen Krebsoperation? Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 262.

Hantke, R., Bericht über d. 37. Chirurgencongress

in Berlin [gynekol. Themata]. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 5. p. 607.

Hartmann et Lecène. Adénome diffus du col utérin simulant le cancer. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 2. S. V. p. 297. Mai.

Hinselmann, Hans, Beitrag zur Kenntniss d. bösart. pigmentirten Geschwülste d. Vulva. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 34.

Hoffmann, Josef, Ein neues Instrument zur Behandl. d. Schleimhaut d. Cervix uteri. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 22.

Holzbach, Ernst, Der Werth d. Rückenmarksanästhesie f. d. gynäkolog. Bauchoperationen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Howitz, F., Observations sur la diagnose du cancer utérin et de la syphilis do l'utérus. Nord. méd. ark. Afd. II. 3. F. VII. 4. Nr. 14. 1907.

Julien, L., Un autographe inédit d'Emile Zola: les idées do Zola sur l'operation de la castration chez la femmo. Eche méd. du Nord XV. 26.

Iwaso, Y., Ueber primäre Chorioepithelioma d. Ovarium. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 2. p. 414.

Kafka, Karl, Die Adhäsions-Modellkappe. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 22.

Kermauner, Fritz, Das sogenannte Decubitusgeschwür b. Prolaps. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 5. p. 556.

Knapp, Ludwig, Ein Vorschlag zur Erleichterung d. Entfernung von Quellstiften aus d. Cervikalkanale. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 26.

Knorr, R., Zur Diagnose u. Therapie d. Nieren-Blasentuberkulose h. d. Frau. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 46 S. 1 Mk. 50 Pf.

Knorr, Richard, Die Cystoskopie u. Urethroskopie b. Weibe. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. XII u. 286 S. mit 145 Abbild. im Text u. 3 Tafeln. 8 Mk.

Kelischer, G., Succesfull treatment of chronic gonorrhoeal endometritis. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 527.

Kroemer, P., Erfolge u. Aufgaben d. modernen Geburtshülfe u. Gynäkologie. Therap. Monatsh. XXII. 7. p. 343.

Kuttner, A., Die nasale Dysmenorrhöe. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 24.

Kworostansky, P., Endotheliom d. Ovarium u. d. Tube. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 2. p. 355.

Labusquière, R., Du cancer primitif de la trompe. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 5 S. V. p. 362. Juin.

Lehrbuch, kurzes, d. Gynäkologie, bearbeitet von *Ernst Bumm; Albert Doederlein; Bernhard Krönig* u. *Alfons v. Rosthorn*, herausgeg. von *Otto Küstner*. 3. Aufl. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. XII u. 558 S. mit 345 Abbild. im Texte. 9 Mk.

Lohnstein, H., Aus d. Grenzgebiet zwischen Urologie u. Gynäkologie. Allgem. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 27. 28.

Martin, A., Ueberblick über d. Entwicklungen d. modernen gynäkolog. Operationstechnik. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 496, Gynäkol. 181.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 10 S. 75 Pf.

Martin, Christopher, On the dangers and treatment of myoma of the uterus. Lancet June 6. 13.

Martin, Franklin H., Transplantation of ovaries. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 6.

Mathes, P., Ueber Aetiologie u. Therapie d. Dysmenorrhöe. Mon.-Schr. f. Gehurtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 73.

Mayer, P., Ueber Melanomo d. äusseren Genitalien. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 3. p. 512.

Muller et Petitjean, Pyosalpinx ouvert dans la vessie durant depuis 10 ans. Gaz. de Hôp. 69.

Nijhoff, G. C., Acute buikvliesaandoeningen afhankelijk van de vrouwelijke geslachtsorganen. Nederl. Weekbl. 1. 19.

Nordentoft, Ovariecyste med Stilktorision; Narkosedöd vet Äter; direkte Hjertemassage efter Thoracotomi. Hosp.-Tid. 5. R. I. 21.

Norris, C. C., The study of 9 cases of dysmenorrhea. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 4. p. 138. June.

Olshausen, R., Retroflexion and its treatment. Fol. ther. II. 1. p. 8.

Pankow, Die Appendicitis h. Weibe u. ihre Bedeutung f. d. Geschlechtsorgane. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 1. p. 50.

Petersen, Reuben, 2 cases of ovarian fibromata. Physic. a. Surg. XXX. 3. p. 97.

Pfannenstiel, J., Ueber abdominale u. vaginale Köliotomien. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 488. Gynäkol. 178.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 13 S. 75 Pf.

Pinner, Rudolf, Ueber eine neue u. wirksame Behandlungsweise vorschied. entzündl. Frauenkrankheiten. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 7. p. 718.

Pintaura, Ottorino, Contributo alle studie delle metrorragie infantile. Arch. ital. di Gin. XI. 5. p. 169. Maggio.

Profantor, Paul, Beitrag zur conservativen Behandlung von Frauenkrankheiten. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 26.

Puech et Massabuau, Tumeur en grappe du col de l'utérus. Tumour à tissus multiples. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 2. S. V. p. 306. Mai.

Quénu, E., et Pierre Duval, Technique opératoire de la colpo-hystérectomie totale. Revue de Chir. XXVIII. 6. p. 750.

Redlich, A., Zur Lehre von d. embryoiden Geschwülsten des Eierstocks. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 6. p. 691.

Ries, Emil, *Vater-Pacini*'sche Körperchen in d. Tube. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 100.

Rinne, Ueber die Differentialdiagnose von Typhlitis und Adnexerkrankung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Ronsse, J., Oblitération dé la trompe après résection. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 2. S. V. p. 414. Juillet.

Rosenfeld, Wilhelm, Ueber Kraurosis vulvae. Mon.-Schr. f. Gehurtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 60.

Rosenthal, Bernh., Zur Diagnose u. Operation d. intraabdominellen Lymphangiome. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 22.

Rudolph, Jul., Die Federcurette zur Vermeidung d. Perforatio uteri. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 20.

Sampson, John A., Suggestions in teaching gynecology. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 34.

Schauenstein, W., Histolog. Untersuchungen über atyp. Plattenepithel an d. Portio u. an d. Innenfläche d. Cervix uteri. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 5. p. 576.

Schmidlechner, Carl, Primäre u. Dauer-Resultate d. Ovariotomien h. anatom. malignen u. zweifelhaften Geschwülsten. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 1.

Schubert, Gotthard, Ueber d. Genese d. Hämatosalpinx h. Haematometra unilateralis. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 248.

Sellheim, Hugo, Die Erklärung d. Dysmenorrhöe durch Bauchfellzerrung. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 6. p. 681.

Siegmund, A., *Head's* Felder u. weibliche Geschlechtsorgane. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 309.

Simons, E. M., Der schneckenförm. Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 30.

Simpson, G. F. Barbour, Prolapse of the female urethra. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 512.

Sinclair, William J., Analgesia v. anaesthesia in obstetrics and gynaecology. Lancet May 30.

Small, William B., Office gynacology. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 4. p. 133. June.

Stark, J. Nigel. The record of a year's work in the Royal Samaritan Hospital for women, Glasgow. Glasgow med. Journ. LXIX. 5. p. 327. May.

Stein, Arthur, Die Hyperämie als Heilmittel in d. Gynäkologie u. Geburtshülfe. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 3. p. 55.

Stella, Antonio, The effects of the urban congestion on Italian women and children. New York med. Record LXXIII. 18. p. 722. May.

Stern, R., Ueber d. sogen. Myomkapsel. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 1. p. 161.

Sunderland, Septimus, Treatment of blooding from uterine fibroids. Fol. ther. II. 2. p. 52.

Teller, Richard, Ueber Incontinentia urinae b. Spaltbildung d. weibl. Urethra (sogen. weibl. Hypospadie) u. ihre operative Behandlung. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 1.

Toff, E., Sammelbericht über d. im Jahre 1907 in Rumänien veröffentl. Arbeiten gynäkol. u. geburtsh. Inhalts. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 1. p. 84.

Tuszkai, O., Die subaquale Untersuchung u. Behandl. in der Gynäkologie u. Geburtshülfe. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25.

Wassermann, Maxim., Ein neues Speculum f. Vaginaluntersuchung b. intaktem Hymen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Watkins, Thomas J., Perineorrhaphy for complete lacerations. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 1.

Weibel, Wilhelm, Das Verhalten d. Ureteren nach d. erweiterten abdominalen Operation d. Uteruscarcinoms. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 184.

Weinberger, Max, Bericht unter Berücksicht. der den Gynäkologen interessirenden Fragen über den XXV. Congress für innere Medicin. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 5. p. 602.

Weishaupt, E., Zur Lehre von d. Endometritis u. d. Bedeutung d. Plasmazellen bei patholog. Gewebsrenktionen (Entzündung). Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 52.

Weisswange, Ueber Myomoperation. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 97.

Willis, Murat, The factor of mortality in the operation of hysterectomy. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 54.

Winckel, F. von, Frauenleben u. -Leiden am Aequator u. auf d. Polareise. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 481, Gynäkol. 175.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 28 S. 75 Pf.

Winkler, Ferdinand, Die elektr. Behandlung d. Genitalerkrankungen. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 29. 30.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Teacher. IV. 2. Zacharias; 5. Singer; 8. Weisswange; 9. Fraenkel; 11. Schlnsberg. XIII. 2. Hirschberg, Sieber; 3. Piltz.

VII. Geburtshülfe.

Adler, L., u. H. Thaler, Experim. u. klin. Studien über d. Graviditätstetanien. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 194.

Albeck, Victor, u. J. E. Lohse, Ein Versuch, d. Eklampsiegift auf experiment. Wege nachzuweisen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 115.

Arnstein, Eduard, Beitrag zur *Porro*-Operation. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Arnstein, Eduard, Zur Prophylaxe in d. Geburtshülfe. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Atthill, Lombe, On the causes of inversion of the uterus. Brit. med. Journ. May 23.

Audebert et H. Dupont, La grossesse et l'accouchement dans les rétrécissements congénitaux de la valvule mitrale. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 2. S. V. p. 399. Juillet.

Badger, George S. C., Some blood pressure observations in eclampsia. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 607. May.

Beneke, R., u. W. Kürbitz, Ein Fall von Tuberkulose d. Placentarstelle. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. IX. 3. p. 335.

Blain, A., Le pouls chez les femmes enceintes présentant des vomissements dits incoercibles de la grossesse. Revue d'Obst. et de Paed. XXII. p. 119. Avril.

Boos, William F., On the toxin of eclampsia. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 612. May.

Bovis, R. de, Sneculations intra-pelviennes de l'utérus à terme. Semaine méd. XXVIII. 24.

Brown, E. K., A plea for stricter prophylaxis and more scientific management of obstetrical cases in tenement house praxis. New York med. Record LXXIII. 20. p. 810. May.

Buonra, Constantin d., Geburtshülfl. Therapie, einschliesslich d. Operationen. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 8. X u. 266 S. mit 44 Abbild. im Text. 6 Mk.

Buechaler, A., Wiederholte Querlage in Folge von Uterus arcuatus, zugleich ein Beitrag zur Prophylaxe d. Querlage. Med. Klin. IV. 26.

Bumm, E., Zur Indikationsstellung b. d. Pubotomie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 19.

Couvelaire, A., Rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin par inflammation aiguë du col au cours du travail. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 2. S. V. p. 321. Juin.

Crandon, L. R. G., Extra-uterine pregnancy twice in the same patient; patient apparently moribund after the second operation; treated by direct transfusion; recovery. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 26. p. 977. June.

Cuff, Archibald, Clinical notes on some causes of peritenitis occurring during the course of pregnancy. Brit. med. Journ. July 4.

Cukor, Nikolaus, Zur Kritik d. Extraktion nach *A. Mueller.* Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 19.

Cumsten, Charles Greene, Pyelonephritis complicating the puerperium. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 1. p. 87. July.

Czyzewicz jun., Adam, Hyperemesis gravidarum. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 485, Gynäkol. 176.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 26 S. 75 Pf.

Czyzewicz jun., Adam, Extraperitonäaler Kaiserschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 25.

Daunreuther, Walter T., Comments upon an unusual case requiring caesarean section. New York med. Record LXXIII. 23. p. 933. June.

Davies, Edwin T. H., Acute hydramnios in uniovular twin pregnancy. Lancet May 23. p. 1481.

Davis, Robert C., The blood pressure in eclampsia. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 76. May.

Dienst, Arthur, Die Pathogenese d. Eklampsie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 25.

Dührssen, A., Ueber d. vaginale Exstirpation d. graviden Tube. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25.

Dukemnn, William H., Hysterectomy of a 5 months gravid uterus for carcinoma uteri; recovery. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 18. p. 831. May.

Ehrlich, Hugo, Ein Beitrag zur Hebosteotomie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 20.

Einenstein, K., 2 Fälle spontaner Uterusruptur: Uterusruptur bei tiefstehendem Steisse. Wiederholte Uterusruptur. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 27.

Elgood, Olive, Pyelonephritis in pregnancy. Brit. med. Journ. June 13. p. 1424.

Fabignan, J., Arrachement du cordon au niveau de son insertion placentaire par traction, au moment du dégagement d'un circulaire cervicale après l'expulsion spontanée de la tête foetale. Ann. de Gynäkol. et d'Obst. 2. S. V. p. 358. Juin.

Fieux, F., Grossesse extra-uterine abdominale. Revue d'Obst. et de Paed. XXII. p. 113. Avril.

Digitized by Google

Flint jr., Austin, Hygiene and management of pregnancy. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 24. p. 1131. June.

Folgowski, Ueber Decapsulation d. Nieren b. Eklampsie. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 30.

French, Herbert, On the influence of pregnancy upon certain medical diseases and of certain medical diseases upon pregnancy. Brit. med. Journ. May 2. 9. 16. — Lancet May 2. 9. 16.

Frennd, W. A., Ueber Wehenschwäche u. ihre Behandlung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Friedemann, Georg, Ein Fall von puerperaler Pyämie, geheilt durch Unterbindung d. Beckenvenen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 23.

Friedmenn, M., Zur Indikationsstellung f. d. künstl. Abort wegen psych. Krankheit. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19. 20.

Fry, Henry D., The management of labor in minor degrees of pelvic contraction, with special reference to the relative indications for abdominal caesarean section. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 704. May.

Gans, H., Spontane Uterusruptur im Beginne d. Geburt. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 28.

Gräfenberg, Ernst, Die prognost. Bedeutung d. morpholog. Blutelemente b. puerperalen Erkrankungen. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 2. p. 302.

Grandin, Egbert H., Immediate vs. delayed (espectant) operation in case of ectopic gestation. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 27.

Gnnn, A. R., A fatal case of inversion of the nterus. Brit. med. Journ. May 23. p. 1232.

Haim, Emil, Beitrag zur Nierendecapsulation b. Eklampsie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 20.

Hannes, Walther, Methode u. Erfolge der Hystereuryse b. Placenta praevia. Med. Klin. IV. 28.

Hellier, J. B., Some recent cases of caesarean section. Lancet Juno 6.

Henrich, Otto, Beitrag zur Geburt b. Doppelmissbildung d. weiblichen Genitalien. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 20.

Herff, Otto von, Gemässigter oder radikaler Conservatismus in d. Behandl. d. engen Beckens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Herff, Otto von, Ueber d. Bewerthnng gewisser Behandlungsmethoden der Bakteriämien des Kindbettes, insbesondere d. Hysterektomie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 24. 25. 26.

Herff, Otto von, Im Kampf gegen d. Kindbettfieber. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 487, Gyn. 177.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 34 S. 75 Pf.

Herz, Emannel, Zur Technik d. Embryotomie. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 25.

Hirst, Barton Cooke, A review of the conrse in obstetrics in the University of Pennsylvania. New York a. Philad. med. Jonrn. LXXXVIII. 2. p. 49. July.

Hofhaner, J., Larynx u. Schwangerschaft. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol, XXVIII. 1. p. 15.

Hoffström, K. A., Årsberättelse for 1907 från Barnbördshuset i Tammorfors. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 626. Juni.

Hofmeier, M., Der extraperitoneale u. d. suprasymphysäre Kaiserschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 29.

Hoke, Edmnnd, Streptokokkenaggressin im Blute b. Sepsis puerperalis. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 30.

Holzbach, Ernst, Ueber Amaurose in d. Schwangerschaft. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 21.

Horneman, Sv., Et Tilfälde af sekundärt Abdominalsvangerskab med levente, fuldbaaret Barn; f. aparotomi. Hosp.-Tid. 5. R. 1. 19. — Gynäkol. Centr.-Bl. XXVII. 20.

Jacobi, F., Zum Geburtsverlanf b. engem Becken. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynakol. XIII. 1. p. 134.

Jacobina, S., Beobachtungen an stillenden Frauen. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 1 u. 2. p. 67.

Jaks, Alfred, Ein einfaches Hülfsmittel zur Erleichterung d. Geburten. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20. 21.

Josephson, C. D., Ett fall af eklampsi i 6ste graviditets månaden; vaginalt kejsarsnitt; belsa. Hygiea 2. F. VIII. 5. s. 464.

Karpeles, M. J., Multiple conception. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 23. p. 1089. June.

Kaufmann, E., Zur Extraktion nach *Müller*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 27.

Kayser, F., Achselhöhlenbrüste b. Wöchnerinnen. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 2. p. 459.

Kleinerta, Ferd., 2 Fälle von Nierendecapsulation b. Eklampsie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 26.

Kownatzki, Geburtsstörung durch vaginale Fixation; klassischer Kaiserschnitt. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Kreidl, A., u. L. Mandl, Ueber experimentell erzeugte Verlängerung d. Tragdauer b. Kaninchen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Kreisch, E., Sectio caesarea vaginalis b. Eklampsie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Kroemer, P., Die Erfahrungen d. Universitäts-Frauenklinik an d. k. Charité über d. Pubotomie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 22.

Krönig, B., Schmerzlose Entbindungen im Dämmerschlafe. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Labbé, Henri, et R. Pepin, Recherches dans le lait des nonrrices des snbstances considérées comme indices de putréfaction intestinale (sulfo-éthers; phénols). Revue de Méd. XXVIII. 5. p. 476.

Lange, Max, Mittheilungen über d. Puerperalfieber im Regierungsbezirk Posen. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 5. p. 584.

Leolero, Un cas de grossesse chez une malade atteinte d'hémophilie compliqnée de purpura infectieux. Lyon méd. CX. p. 1225. Juin 7.

Lenk, H., Zur Frage d. Stillfähigkeit. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Leopold, G., Zur operativen Behandlung d. pnerperalen Peritonitis u. Thrombophlebitis. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 3. p. 483.

Leopold, G., Ueber aknte Peritonitis vor u. in d. Geburt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 28.

Leopold, G., u. Theod. Leisewitz, Geburtsbülfl. Röntgenatlas. Dresden. v. Zahn u. Jaensch. Fol. 1. Lief. 10 Tafeln mit Text. 10 Mk.

Lovrich, Josef, Beitrag zur Frage d. primären Abdominalschwangerschaft. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 6. p. 704.

Lnnkenbein, Der vaginale Kaiserschnitt in dor Praxis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23. 26.

Mc Carthy, Justin M., On puerperal eclampsia with special reference to its treatment with nitro-glycerine. Brit. med. Jonrn. May 23.

Martin, Entwickelung d. Therapie d. sogen. Puerperalfiebers. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 2. p. 35.

Mason, Nathaniel R., The treatment of abnormal rigidity of the cervix uteri by deep incisions. Boston med. a. surg. Jonrn. CLVIII. 18. p. 571. April.

Masaimi, G., La scelta dei forcipe. Arch. ital. di Gyn. XI. 4. p. 145. Aprile.

Mayer, K., Scopolamin-Morphium b. Geburten. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 21.

Mayer, Karl, Beitrag zur Infektion von Mutter u. Kind im Wochenbett. Med. Klin. IV. 27.

Mayne, W. Boxer, Induction of labour vs. morphine in eclampsia. Lancet July 11. p. 94.

Maaaci, Tullio, L'uso del siero intistreptococcico nelle febbre puerperale. Rif. med. XXIV. 28.

Möhlmann, Karl, Ueber d. Therapie d. Eklampsie. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 79.

Morae, John Lovett, Obscure fever in infancy and early childhood. Boston med. a. surg. Jonrn. CLIX. 2. p. 40. July.

Müller, Alb., Zur Serumbehandlung d. Puerperalfiebers. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Mueller, Arthur, Zur Frage d. Hebeosteotomie u. d. künstl. Frühgeburt im Privathause. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24.

Mutschler, Ueber d. Stillen. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 18.

Nacke, Dammschutz. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 24.

Nacke, Perforatorium. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 29.

Neu, Maximilian, Physiologie u. patholog. Physiologie d. postpartalen Blutstillung. Med. Klin. IV. 25.

Neu, Maximilian, Untersuchungen über d. Bedeutung d. Suprarenins f. d. Geburtshülfe. Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 3. p. 617.

Nijhoff, G. C., De invloed van icterus der moeder op de vrucht. Nederl. Weekbl. II. 3.

Norris, C. C., and C. B. Mitchell, Primary ovarian pregnancy. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 460.

Oeri jun., Rud., Ein Fall von Uterus pseudodidelphys rudimentarius gravidus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 280.

Ogata, M., Beckenmessungen an lebenden Japanerinnen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 1. p. 1.

Opitz, E., Ueber d. Bedeutung d. *Wassermann*'schen Luesreaktion f. d. Geburtshülfe. Med. Klin. IV. 30.

Paucot, Influence du repos de la femme enceinte sur le poids du foetus et la durée de la grossesse. Echo méd. du Nord XII. 19.

Pehnm, H., Zur Indikationsstellnng d. Pubotomie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 23.

Pfaundler, Moinhard, Die Antikörperübertragung von Mutter auf Kind. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 3 u. 4. p. 245.

Piering, Ueber d. Messung d. graviden Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 21.

Polak, John Blom, A report of 52 pregnancies and labors following ventrosuspension of the uterus for retrodisplacements. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 29.

Polak, John Osborn, The caesarean operation. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 3. p. 97. July.

Polano, Oscar, Kaiserschnitt u. Lumbalanästhesie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Pollak, Rudolf, Ueber Erkranknngen d. Niere in d. Gravidität. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XI. 12. 13.

Potocki, Nouvelle observation de grossesse extrautérine à terme; laparotomie au cours du faux travail; enfant vivant. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 2. S. V. p. 385. Juillet.

Prinzing, Fr., Die Häufigkeit d. Fehlgeburt b. Zwillingsschwangerschaft. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Queirel, Assistance à la femme ouvrière avant et après l'accouchement au triple point de vue de la prévoyance, de l'hygiène et des secours proprement dits. Revue d'Obst. et de Paed. XXII. p. 154. Mai.

Queirel, De la grossesse extrautérine. Revue d'Obst. et de Paed. XXII. p. 177. Juin.

Reich, A., u. A. Horzfeld, Veronal in d. Geburtshülfe. Therap. Monatsh. XXII. 7. p. 354.

Reynolds, Edward, The caesarean section. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 502.

Renesse, W. D. van, Verband tusschen hydramnion en misvorming der vrucht. Nederl. Weekbl. I. 23. blz. 1850.

Ribemont-Desaaignes, Du rôle sociale de la sage-femme dans la société contenporaine. Revue d'Obst. et de Paed. XXII. p. 145. Mai.

Rooy, H. M. J. vnn, Twee gevallen van shuldergeboorte. Nederl. Weekbl. II. 4. blz. 248.

Rosenberg, Lionel, Cause of premature separation of the placenta. New York a. Philad. med. Jonrn. LXXXIII. 25. p. 1200. June.

Royer, Un cas de version spontanée. Echo méd. du Nord XII. 24.

Runge, Ernst, Appendicitis während Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Ruth, Wilhelm, 2 Fälle von Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 28.

Schatz, Friedrich, Wann tritt d. Geburt ein? Arch. f. Gynäkol. LXXXV. 2. p. 251.

Schickele, Die Beurtheilung schwerer Blutungen unter d. Geburt. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Schmidt, W., Der kreissende Uterus als Bruchinhalt b. Bauchbruch nach conservativem Kaiserschnitt; Kaiserschnitt nach *Porro*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 25.

Schönbeck, Arthur, Ein interessanter Fall von Eclampsia in graviditate u. Missbildung d. Frucht. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 21.

Schottolius, Alfred, Diabetes mellitus in graviditate ala Indikation znr Unterbrechnng d. Schwangerschaft. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Schulte, Franz, Ueber erfolgreiche Suggestivbehandl. d. Hyperemesis gravidarum. Mon.-Schr. f. Geburtsh. n. Gynäkol. XXVII. 5. p. 561.

Schwarzenbach, E., Ueber d. Aetiologie n. Therapie d. Schwangerschaftserbrechens. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 14.

Searle, E. A., A case of ectopic gestation with nnusually early symptoms. Brit. med. Journ. May 16.

Sellheim, Hugo, Das Auge d. Geburtshelfers, eine Studie über d. Bezieh. d. Tastsinnes zum geburtshülfl.-gynäkol. Fühlen. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 59 S. 1 Mk. 60 Pf. — Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Sellheim, Hugo, Die Entbindung durch d. Uterusbauchdeckenfistel. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 20.

Sfameni, Sulla genesi della placenta marginata o circumvallata. Arch. ital. di Gin. XI. 4. p. 129. Aprile.

Sfameni, P., Noch einige Worte über d. Entstehung d. Placenta marginata n. circumvallata. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 22.

Simpson, F. F., Deferred operation for intraabdominal haemorrhage due to tubal pregnancy. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 82.

Slemons, J. Morris, and F. C. Goldsborough, The obstetrical significance of the blood pressure and their relation to the work of the heart. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 208. p. 194. July. — Gynäkol. Centr.-XXXII. 21.

Smith, A. Lapthern, Caesarian section versus sections of the pelvis in dealing with mechanical obstruction to childbirth. Surg., Gyn a. Obst. VII. 1. p. 25.

Spaeth, F., Ein Fall von cervikalem Kaiserschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 20.

Stern, Robert, Ueber Prolaps d. Nachgeburt b. normalem Sitz. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 6. p. 685.

Sury, Kurt von, Beitrag zur Casuistik d. Selbstmordes während d. Geburt. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Tantzscher, K., Ein Fall von extramembranöser Gravidität. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 27.

Thomä, Fr., Die Anwend. d. Abortzange. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 26.

Tracy, Stephen E., Report of a case operated on for advanced ectopic gestation associated with fibromyomata uteri. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 21. p. 1037. May.

Trémotières, R., Un cas de rupture de l'artère utérine au cours d'un avortement; hémorrhagie; mort. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 7. p. 504. Juillet.

Vineberg, Hiram N., Immediate versus deferred operation for intraabdominal haemorrhage due to tubal pregnancy. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 1. p. 79.

Wallinger, Robert N. Arnold, An intranterine accident. Brit. med. Jonru. Jnly 18. p. 147.

Weber, F., Appendicitis u. Gravidität. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 3. p. 292.

Wisshaupt, Franz, Ein Fall von Hypertrophie d. Brustdrüse in d. Gravidität. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Zangemeister, W., Eine seltene Complikation des Forceps bei Vorderhauptlage. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 20.

Zarra, Nicole, Taglio cesareo demolitore con processo proprio per occlusione cicatriziale della vagina. Arch. ital. di Gin. XI. 5. p. 185. Maggio.

Ziegenspeck, R., Zur Aetiologie d. Retroflexio uteri puerperalis. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 23.

Ziegenspeck, Rob., Zum hohen Querstand der Gesichtslage u. ihrer Behandlung mittels hoher Zange. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 24.

S. a. I. Müller, Pfnundler. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Eisler, Mathes, Milheit, Teachor; 8. Freund; 9. Falk. VI. Albeck, Davis, Kroemer, Teff, Tuszkni. X. Seefelder. XII. Drennau. XIII. 2. Carruthers, Härte. XVI. Fraenkel, Marx.

VIII. Krankheiten der Kinder.

Allaria, G. B., Untersuchungen über Wasserstoffionen-Concentration im Säuglingsmagen. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. Erg.-H. p. 123.

Anton, G., Vier Vorträge über Entwickelungsstörungen b. Kinde: I. Die Formen u. Ursachen d. körperl. Infantilismus. — II. Ueber geistigen Infantilismus. — III. Ueber Nerven- u. Geisteskrankheiten in d. Zeit d. Geschlechtsreife. — IV. Was thun wir mit d. zurückgebliebenen u. entarteten Kindern? Berlin. S. Karger. 8. 91 S. 1 Mk. 80 Pf.

Baginski, Adolf, Klin. Beiträge aus d. städt. Kaiser- u. Kniserin-Friedrich Kinderkrankenhause zu Berlin. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 1 u. 2. p. 1.

Biffi, U., u. P. Galli, Ueber d. hämolyt. Ikterus d. Neugeborenen. Folin hnomatol. V. 8. p. 712.

Bunts, F. E., Infantile hypertrophic stenosis of pylorus. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 6. p. 663. June.

Dardel, J., The nursing difficulty in France. Lancet May 9.

Diphtherie s. III. *Lubenau.* IV. 2. *Baginski, Belfanti, Blumenthal, Brückner, Gabriel, Krönig, Pospichill, Royer, Schwarz, Taylor, Wodehouse;* 8. *Kohts, Middelton;* 10. *Blaiu.* V. 2. a. *Thomas.* X. *Darier.* XI. *Dopter, Gabriel.* XIII. 2. *Stumpf.*

Dresler, K., Kefirmilch als Säuglingsnahrung. Med. Klin. IV. 27.

Dunn, Charles Hunter, The use in practice of the theoretical resources provided by percentage feeding. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 60.

Dürig, Franz, Ueber d. Einfl. d. Selbststillens d. Mütter auf d. Neugeborenen in d. ersten Lebenstagen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 227.

Esch, P., Ueber Kernikterus d. Neugeborenen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 30.

Goldstone, Karl H., The injurious habits and practices of childhood. New York med. Record LXXIII. 25. p. 1030. June.

Hecht, Adolf F., Ueber d. Bedeutung d. Seifenstühle im Säuglingsalter. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Herderschée, D., Over het konnen en kunnen van het normaale zesjarige kind. Nederl. Weekbl. I. 20.

Herxheimer, Gotthold, Ueber hyaline Glomeruli d. Neugeborenen u. Säuglinge. Frankf. Ztschr. f. Pathol. II. 1. p. 138.

Howland, John, The symptoms of status lymphaticus in infants and young children. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 52.

Hoffa, Th., Aerztl. Jahresbericht über d. Barmer Säuglingsheim mit Krippe f. d. Zeit vom 1. Mai 1907 bis 31. März 1908. Centr.-Bl. f. allgem. Gesdhpfl. XXVII. 5 u. 6. p. 229.

Hunter, Walter K., A case of hypertrophic stenosis of the pylorus in an infant 8 weeks old. Glasgow med. Journ. LXX. 1. p. 5. July.

Inglis, H. M., A case of ascites in the newly born. Lancet July 18. p. 158.

Johannessen, Axel, Untersuchungen über d. Einfluss d. verschied. Todesursachen auf d. gesammte Säuglingssterblichkeit Norwegens. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 5. p. 513.

Kassowitz, Max, Die Ursachen d. grösseren Stoffverbrauchs im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 5. p. 551.

Knufmann, S., 14. Jahresber. über d. pfälz. Kinderheilstätte zu Bad Dürkheim (1907). Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XXIV. 5. p. 102.

Kerley, Charles Gilmore, Cane sugar in its relation to some of the diseases of children. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 79.

Keuchhusten s. IV. 2. *Bluth, Sewell.*

Klose, Heinrich, Moderne Säuglingspflege u. -Fürsorge. Wien. klin. Rundschau XXII. 23. 24.

Klotz, Max, Ueber Yoghurtmilch als Säuglingsnahrung. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. Erg.-H. p. 1.

Koplik, Henry, Prophylaxis in the care of children in hospitals. Lancet May 23.

Koplik, Henry, Congenital pyloric spasm and congenital hypertrophic stenosis of the pylorus in infancy. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 1. p. 1. July.

Ladd, Maynard, The caloric value of modified milk in its relation to infant feeding. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 89.

Ladd, Maynard, The need of greater accuracy in prescribing starch in infant feeding. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 102.

Lambert, Samuel W., Melaena neonatorum, with report of a case cured by transfusion. New York med. Record LXXIII. 22. p. 885. May.

Langstein, L., Freie Vereinigung f. wissenschaftl. Pädiatrie. Bericht über d. Sitzung am 29. März 1908 in Breslau. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 5. p. 605.

Masern s. IV. 2. *Aubert, Langer, Lereboullet, Pirquet, Ward.*

Meyer, Arthur Woldemar, Resultate d. Nabelabklemmung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 19.

Moll, Leopold, Ueber Fettvermehrung d. Frauenmilch durch Fettzufuhr, nebst einen Beitrag über d. Bedeutung d. quantitativen Fettunterschiede f. d. Gedeihen d. Brustkinder. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 3 u. 4. p. 161.

Morse, John Lovett, *Kernig's* sign in infancy. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 160.

Most, A., Ueber d. Topographie d. Lymphgefässapparats im kindl. Organismus u. ihre klin. Bedeutung. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 1 u. 2. p. 75.

Nagel, Martin, Ueber Stillpraxis u. ihren Einfluss auf d. Entwickelung d. Kindes. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Nauwerck, C., u. E. Flinzer, Paratyphus u. Melaena d. Neugeborenen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23.

Nesemann, Die Entwickelung d. Säuglingsfürsorge u. deren Stand Ende 1907. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesdhpfl. XL. 3. p. 450.

Orgler, Arnold, Das *Straus*'sche Verfahren zur Bekämpfung d. Säuglingssterblichkeit. Med. Klin. IV. 27.

Orgler, Arnold, Ueber d. Einfluss von Schilddrüsendarreichung auf d. Stickstoffwechsel von Kindern. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 1.

Phillips, Wilbur C., A plan for reducing infant mortality in New York city. New York med. News LXXIII. 22. p. 890. May.

Pointin, La puériculture du prémier âge chez les

Digitized by Google

enfants jumeaux de la classe ouvrière. Revue d'Obst. et de Paed. XXII. p. 164. May.

Rachford, B. K., Pseudomasturbation in infants. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 7.

Reed, Charles B., A study on the conditions that require the removal of the child from the breast. Surg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 514.

Rietschel, Hans, Ueber Mehle u. Mehlfütterungen b. Säuglingen u. ihre Beziehungen zum Stoffwechsel. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19.

Royster, L. T., The medical professions duty to the children of America. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 20. p. 930. May.

Salge, Ueber Säuglingsatrophie u. Resorption. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 12.

Scharlachfiebers. IV. 2. *Brückner, Cumpston, Davidovitsch, Garlipp, Heubner, Lereboullet, Tiktion, Wladimiroff.*

Shaw, Henry L. K., and Leon K. Baldauf, Congenital stenosis of the duodenum. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIX. p. 39.

Siemon, Georg, Isolirte offene Luxation des 4. rechten Mittelhandgrundgelenks. Med. Klin. IV. 22.

Starck, W. v., Ernährung mit abgesogener Muttermilch. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Stuhl, Karl, Ueber Ammen- u. Mutterbrustbehandlung in d. Praxis. Med. Klin. IV. 22.

Tarleton, A., Rigor mortis in the still-born. Brit. med. Journ. June 13. p. 1424.

Thiemich, Aus d. Gebiete d. Kinderheilkunde. Beiheft zur med. Klin. IV. 7.

Tordny, Max v., Das Budapester staatl. Kinderasyl. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 1 u. 2. p. 92.

Transactions of the Amer. pedintric Society. 19. seson. Vol. XV. New York. E. S. Treat a. Co. 8. 220 pp. with illustrations.

Tugendreich, Gustav, Histolog. Nachweis d. Acidose d. Säuglings. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18.

Waring, A., The dangers and evil effects of infant binders. Brit. med. Journ. June 13.

Weiland, W., Kochsalz- u. Zuckerinfusionen b. Säugling. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 28.

Yanase, J., Ueber Epithelkörperbefunde b. galvan. Uebererregbarkeit d. Kinder. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. Erg.-H. p. 57.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Cheyne, Jacobson, Sittler. IV. 1. Leale; 2. Calmette, Grüner, Herrgott, Hirschberg, Morgenroth, Ostheimer, Stowell; 3. Arkawin, Compaired, Huber, Jonnings, Stegmann; 4. Jones, Martin, Meinhardt; 5. Hoeg, Kohts, Perry, Talbot, Vix; 6. Morlison, Meier, Tiloston; 7. Dunn, Griffith; 8. Forchheimer, Marburg, Steker, Stephenson, Thomas; 9. Brittin, Grünberg, Hecker, Reuss, Wieland; 11. Knowles. V. 2. a. Fabre, Klose; 2. o. Fagge, Grossmann, Potocki; 2. e. Jones. VI. Dewar, Pintaura, Stella, Morse. X. Boyer, Cornell, Knecke, Stephenson, Walker. XI. Ellis, Gomperz, Massier. XIII. 2. Cassel, Heimann, Legge, Risel; 3. Paucot. XV. *Milch.* XVI. Sury.

IX. Psychiatrie.

Adler, Alfred, Der Aggressionstrieb im Leben u. in d. Neurose. Fortschr. d. Med. XXVI. 19. p. 571.

Allen, C. L., Dementia praecox. Calif. State Journ. of Med. VI. 6. p. 198. June.

Bahonneix, L., et Brelet, L'idiotie amaurotique familiale. Gaz. des Hôp. 57.

Bircher, Eugen, Zur Pathogenese d. kretinischen Degeneration. Beiheft zur med. Klin. IV. 6.

Boschi, G., e G. Franchini, Intorno alla reaziono di alcuni malati di mente alla prova conjuntivalo di Calmette. Note e nerv. di Psich. XXXVII. 2.

Boyer, J., Les arriérés scolaires. Progrès méd. 3. S. XXIII. 19.

Buder, Progressive Paralyse u. Sklerose d. Aorta. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 17.

Busch, Alfred, Auffassungs- u. Merkfähigkeit b. Dementia praecox. Psychol. Arb., herausgeg. von *Kraepelin* V. 3. p. 293.

Clérambnult, G. G. de, Notes snr le régime des aliénés en Angleterre. Ann. med.-psych. 9. S. VII. 3. p. 413. Mai—Jnin; VIII. p. 35. Juillet—Août.

Cornell, Walter S., Mentally defective children in the public schools. Journ. of norv. u. mont. Dis. XXXV. 5. p. 334. May.

Cotton, Henry A., Alcohol as an aetiological factor in mental diseases. Amer. Journ. of Insan. LXIV. 4. p. 685. April.

Damage, Henri, et Maurice Dosrouelles, Méningite pnrulente à streptocoques chez uno paralytique générale. Echo méd. du Nord XII. 18.

Dannkrenther, Walter T., A practical consideration of delirinm tremens. New Xork a. Philad. med. Journ. LXXVIII. 2. p. 57. July.

Diefendorf, Mental symptoms of Huntington's chorea. Nenrographs I. 2. p. 128.

Di Gnspero, H., Ueber d. Phänomon d. Makropsie als Symptom b. akuter toxischer Hallncinosc. Journ. f. Psychol. u. Neurol. XI. 3. p. 115.

Döllken, Ueber Hallucinationen u. Gedankenlautwerden. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 425.

Gregor, A., u. Zoloziecki, Diagnose psychischer Processe im Stupor. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. III. 1. p. 22.

Gregory, M. S., Present day limitations of our conception of paranoia. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 24. p. 1136. June.

Hasche-Klünder, Ueber atypisch verlaufondo Psychosen u. Unfall. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 668.

Hutt, Helmut, Rechenversuche b. Manisch-Depressiven. Psychol. Arb., herausgeg. von *Kraepelin* V. 3. p. 338.

Janssens, G., u. R. A. Mees, Ein Fall von progressiver juveniler Demenz (juvenile Paralyse). Journ. f. Psychol. u. Neurol. XI. 4 u. 5. p. 157.

Jung, C. G., Der Inhalt d. Psychose. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 8. 26 S. 1 Mk. 25 Pf.

Junius, Paul, u. Max Arndt, Beiträge zur Statistik, Aetiologie, Symptomatologie u. patholog. Anatomie d. progress. Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 493.

Kalmus, Ernst, Die vorübergehenden Geistesstörungen u. ihre forens. Bedeutung. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 22.

Knuffmann, Max, Zur Pathologie d. Grössenideen. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 2. p. 272.

Kleist, Karl, Untersuchungen zur Kenntniss d. psychomotor. Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig. Dr. Werner Klinkhardt. 8. VIII u. 171 S. 4 Mk. 50 Pf.

Knupp, A., Körperl. Symptome h. funktionellen Psychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 709.

Lenhard; Dannemann; Osswald; Kullmann, Die Fürsorge f. gefährl. Geisteskranke. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 62 S. 1 Mk. 20 Pf.

Lilienstein, Jahresversamml. d. deutschen Vereins f. Psychiatrie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 22.

Lomer, Georg, Kurzgefasster prakt. Rathgeber für Irrenärzte u. solche, die es worden wollen. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 33 S. 1 Mk.

Mac Donald, Carles F., Development of the modern care and treatment of the insane, as illustrated by the State hospital system of New York. Amer. Journ. of Insan. LXIV. 4. p. 645. April.

Digitized by Google

Marie, La purgation dans la thérapeutique des maladies mentales. Bull. de Thér. CLVI. 1. p. 20. Juillet 8.

Meeus, Fr., Epilepsie et délire chronique. Ann. méd.-psychol. 9. S. VII. 3. p. 353. Mai—Juin.

Meltzer, Abnorme Geisteszustände in d. Armee. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger XXVIII. 5. 6.

Mitchell, H. W., and E. E. Southard, Melancholia with delusions of negation. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 5. p. 300. May.

Mönkemöller, Ueber d. Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19. 20. 21.

Newmayer, S. W., Defective vision and the mentally subnormal child. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 19. p. 880. May.

Pailhas, Dessins et manifestations d'art chez les aliénés. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 2. p. 162. Mars—Avril.

Pashayan, N. A., The clinical types of alcoholic insanity. Albany med. Ann. XXIX. 6. p. 481. June.

Petrén, Alfred, Ueber Spätheilung von Psychosen. Nord. med. ark. Afd. II. 3. F. VII. 4. Nr. 12. 1907.

Pottn, W. A., The recognition and training of congenital mental defectives. Brit. med. Journ. May 9.

Rnecke, Diagnose u. Behandlung d. kindl. Seelenstörungen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Risch, Beitrag znm Verständniss d. psychogenen Zustände. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 2. p. 171.

Robertson, J. W., Relation of the thyroid to mental disease. Calif. State Journ. of Med. VI. 6. p. 191. June

Sadger, J., *Konrad Ferdinand Meyer*. Eine patholog.-psychol. Studie. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 64 S. 1 Mk. 40 Pf.

Schwerdtner, Hugo, Zur Aetiologie d. Psychoneurosen. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 25. 26.

Smith, Samuel Wesley, Insanity. New York med. Record LXXIV. 2. p. 57. July.

Sommer, Robert, Ein Schema zur Untersuchung von Idioten u. Imbecillen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. III. 1. p. 68.

Swolfs, Oscar, 3 cas de psychoses incurables guéris par la fièvre typhoïde. Presse méd. belge LX. 26.

Tyson, H. H., Significance of the ocular signs and symptoms of dementia praecox. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 5. p. 320. May.

Vieregge, C., Prufung d. Merkfähigkeit Gesunder u. Geisteskranker mit einfachen Zahlen. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 2. p. 207.

Vogt, R., Psykiatriens grundträk: Paranoiske og paranoiforme tilstander. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 5. 6. s. 432. 554.

Voisin, Roger, et Giry, Un cas d'idiotie mongolienne. Progrès méd. 3. S. XXIII. 24.

Weygandt, W., Die Ausbildung in d. gerichtl. Psychiatrie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 26.

Wilmans, Karl, Ueber Gefängnisspsychosen. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 65 S. 1 Mk. 20 Pf.

Winqvist, Gustaf, Nagra socialn företeelser såsom bidragande orsak till psykosers uppkomst. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 529. May.

Würschmidt, Augnst, Die neueren arzneil. Beruhigungs-, bezw. Schlaf-Mittel im Dienste d. Psychiatrie. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 1. 2. p. 6. 56.

Ziehen, Th., Die Principien u. Methoden d. Intelligenzprüfung. Berlin. S. Karger. 8. 61 S. 1 Mk. 20 Pf.

Zimmermann, Casuist. Beitrag zur Aetiologie u. pathol. Anatomie d. Dementia praecox. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 2. p. 21.

S. a. II. *Psychologie*. IV. 2. Haenisch; 8. Churton, Wandorversammlung; 11. Plaut, Soutzo. VII. Friedmann. VIII. Anton. XI. Anton. XIII. 2. Würschmidt. XIV. 4. Allen. XVI. Cramer, Kalmus, Pilcz, Rhodes. XVIII. Dexler.

X. Augenheilkunde.

Abadie, Ch., Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'ophthalmie sympathique. Ann. d'Oculist. CXXXIX. 6. p. 409. Juin.

Apthomas, G., Tumour of the orbit removed without enucleation and without loss of sight. Brit. med. Journ. May 16.

Axmann, Hans, Schutzgläser gegen ultraviolette Strahlen. Ztschr. f. physik. a. diät. Ther. XII. 3. p. 167.

Bach, Ludwig, Pupillenlehre. Anatomie, Physiologie u. Pathologie, Methotik d. Untersuchung. Berlin. S. Karger. Gr. 8. X u. 344 S. mit 27 Abbild. im Text. 12 Mk.

Bnquis, Elia, Ueber patholog. Anatomie u. Pathogenese d. Cyanosis retinae, nebst Bemerkungen über die Pathogenese d. Glaukoms. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 2. p. 177.

Beaumont, W. M., Remarks on iritis with special reference to gonorrhoeal iritis. Brit. med. Journ. July 18.

Bericht, systemat., über die Leistungen u. Fortschritte der Augenheilkunde im 2. u. 3. Quartal 1907. Arch. f. Augenhkde. LX. 1—4. p. 127. 159. 205.

Bost, Ueber Correlaktion b. Vererbung in d. Augenheilkunde. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 43.

Best, Kurzsichtigkeit u. ihre Verhütung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Bettremieux, La sclérectomie simple. Echo méd. du Nord XII. 22.

Bondi, Maximilian, Ein Fall von *Parinaud*'scher Conjunctivitis. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 18.

Buchanan, Mary, Sudden blindness and its various causes. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 17. p. 771. April.

Bustorff, A., En sammanställnig af 342 starrextraktioner å senil starr. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 457. Maj.

Bustorff, A., 49 fall af järn- eller stålsplittra i ögat, behandlache med elektromagnet. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 2. Juli.

Butler, T. Harrison, The treatment of trachomatous dacryocystitis. Lancet May 2.

Chabul, Léon, Sur le nouveau procédé du Dr. *Roche* [sur la recherche de la vision binoculaire]. Ann. d'Oculist. CXXXIX. 5. p. 368. Mai.

Chesneau, Marcel, L'emploi thérapeutique des injections sous-conjonctivales d'air. Ann. d'Oculist. CXXXIX. 5. p. 362. Mai.

Clarke, Ernest, A method of sutnring the lateral recit to insure greater mobility of the stump after enucleation of the eyeball. Lancet May 23.

Cohn, Zur Bekämpfung d. Granulose. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. XXXVI. 1. p. 139.

Coppez, H., Sur les ruptures spontanées du globe oculaire dans le glaucome. Policlin. XVII. 10. p. 145. Mai.

Currie, C. J., Extirpation of the lachrymal sac. Lancet July 4.

Darier, L'action du sérum antidiphthérique dans les infections oculaires. Bull. de l'Acad. 3. S. LIV. 16. p. 485. Avril 21.

Delord, E., et Revel, Le traitement de l'entropion et du trichiasis par le procédé en vanne. Ann. d'Oculist. CXXXIX. 5. p. 321. Mai.

Dorfmann, Rudolf, Ueber Pathogenese u. Therapie d. Thurmschädels. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 3. p. 412.

Elschnig, Beitrag znr Aetiologie n. Therapie der chron. Conjunctivitis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Enslin, E., Thränenkanalleiden u. ihre Behandlung. Münch. med. Wchnschr. LV. 25.

Feldmann, Friedrich, Ueber d. Frühjahrskatarrh. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 30 S. 80 Pf.

Digitized by Google

Fleischer, Bruno, Beitrag zur patholog. Anatomie u. Pathogenese d. Mikrophthalmus u. Colobams. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 3. p. 427.

Fromaget, Traitement des phlegmons orbitaires dus aux sinusites fronto-ethmoidales. Ann. d'Oculist. CXXXIX. 6. p. 439. Juin.

Fuchs, E., Wucherungen u. Geschwülste d. Ciliarepithels. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 3. p. 534.

Ginsberg, Pigmentepitholien im Sehnervenstamm bei Leucosarcoma chorioideae. Arch f. Ophthalmol. LXVIII. 2. p. 232.

Gowers, W. R., The mechanism of uystagmus. Ophthalmoscope. Juno.

Graef, Charles, Some unusual cases from the eye service of Fordham hospital. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 25. p. 1189. June.

Graefe-Saemisch, Handbuch d. gesammten Augenheilkunde, herausgegeben von *Theodor Saemisch*. 2. Aufl. 135. bis 145. Lief. Leipzig. Wilhelm Engelmann. Gr. 8. II. Theil. V. Bd. S. 1—347 mit Figg. im Text u. Tafeln. Je 3 Mk.

Guillery, A., Ueber die Aufhellung der durch metall. Aetzgifte verursachten Hornhauttrübung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Haab, O., Atlas u. Grundriss d. Ophthalmoskopie u. ophtalmoskop. Diagnostik. [Lehmann's med. Handatlanten VII.] 5. Aufl. München. J. F. Lehmann's Verl. 8. XIII u. 87 S. mit 151 farb. u. 7 schwarzen Abbild. 12 Mk.

Hertzell, Carl, Die Betrachtung d. Augenhintergrundes im durchfallenden Lichte mittels Durchleuchtung d. Orbita von d. Nasenrachengegend her. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Herzig, A. J., A short resumé of the common conjunctival and corneal diseases. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 25. p. 1193. June.

Hess, C., Untersuchungen zur Physiol. u. Pathologie d. Pupillenspiele. Arch. f. Augenhkde. LX. 4. p. 327.

Hippel, A. von, Ein Beitrag zur Serumtherapie b. Erkrankungen des Auges. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Hippel, Eugen von, Ueber Keratitis parenchymatosa u. Ulcus internum corneae. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 2. p. 354.

Hippel, Eugen von, Ueber Netzhautablösung. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 2. p. 392.

Holth, S., Om panvisning af centralt farveskotom. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 5. s. 460.

Hummelsheim, Ed., Bericht über d. 20. Versamml. rheinisch-westfäl. Augenärzte vom 9. Febr. 1908 in Dusseldorf. Arch. f. Augenhkde. LX. 1. p. 93.

Jacqueau, Kératites parenchymateuses et arthrites concomitantes. Lyon méd. CX. p. 1065. Mai 17.

Knape, Ernst v., *v. Hippel*'sche Krankheit unter dem Bilde d. Glioma retinae. Arch. f. Augenhkde. LX. 1. p. 49.

Knape, Ernst V., Om stockningspapillom och dess pathogenes. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 100. Juli..

Kramer, Ursächl. Zusammenhang zwischen einer Augenkrankheit (Retinochorioideitis) u. Wirkung eines elektr. Schlages durch d. Körper, beziehungsw. Blendung d. Augen durch Kurzschluss. Med. Klin. IV. 21.

Kreibich, C., Systematisirter Hornnaevus; Naevus d. Cornea; Cataracta juvenilis; schwere Veränderungen des Augenhintergrundes. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Krunius, Franz T., Zur Casuistik d. Strabismus concomitans divergens b. Hypermetropie u. über d. Einfl. d. Atropinisation d. führenden Auges auf d. Schielgrad. Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 272.

Kuborn, Noch ein Fall von Ankyloblepharon filiforme adnatum. Arch. f. Augenhkde. LX. 4. p. 311.

Kuwahara, J., Bact. coli mit enormer Kapselbildung b. Panophthalmie. Arch. f. Augenhkde. LX. 4. p. 323.

Langa, O., Ueber Behandl. von Augenverletzungen. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 32 S. 75 Pf.

Laqueur, L., Die Schieloperation von *A. v. Graefe*. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 3. p. 461.

Lehmann, W., Ueber d. lokalen Unterschiede der Verschmelzungsfrequenz auf d. Retina u. ihr abweichendes Verhalten b. d. Amblyopia congenita. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 3. p. 395.

Leonhardt, Arthur, Ueber subconjunctivale Pigmentirung nach Ruptura sclerae traumatica. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 3. p. 484.

Levi, Emil, Kopfweh u. Augenleiden. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 28.

Levitt, Marcus J., A case of dermoid tumor of the conjunctiva. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 3. p. 119. July.

Lotin, A. W., Ueber d. Behandlung der Fisteln des Thränensacks mittels Elektrolyse. Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 197.

Lystad, Harald, Om de paa Rigshospitalets Öienafdelning i femaaret april 1902—april 1907 behandleto tilfälde af jernsplint i öiet. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 7. s. 661.

Marple, Wilbur B., Extraction of cataract in the capsula. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 22. p. 1034. May.

Morax et Carlotti, La sporotrichose palpébrale. Ann. d'Oculist. CXXXIX. 6. p. 418. Juin.

Nicati, Mon opération de redressement de l'entropion granuleux de la paupière supérieure. Ann. d'oculist. CXXXIX. 5. p. 344. Mai.

Nicolai, V., Ein Fall von Enophthalmus traumaticus. Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 261.

Noll, H., Zur Casuistik der Lochbildungen in der Macula lutea (Retinitis atrophicans centralis, *Kuhnt*). Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 254.

Nonne, M., Anatom. Untersuchung eines Falles von Atoxylerblindung. Med. Klin. IV. 20.

Onodi, A., Zusammenhang d. Erkrankungen d. Nase u. d. Nasenrachenraumes mit denen d. Auges. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19. 20.

Oppenheimer, E. H., Die Verordnung von Augenumschlägen in d. ambulanten Praxis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25.

Pfalz, Ueber Frühtransplantation b. Verbrennungen d. Augenlider. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19.

Poulard, Orgelet. Progrès méd. 3. S. XXIII. 30.

Reh, Zur Phlyktänenbehandlung. Fortschr. d. Med. XXV. 14. p. 417.

Reis, Viktor, Das *Römer*'sche Immunisirungsverfahren (Injektionen von Pneumokokkencultur u. Pneumokokkenserum) in Fällen von Ulcus serpens corneae. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Réthi, L., Amblyopie in Folge von Nebenhöhleneiterungen der Nase. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 19.

Reutur, Hans, Beitrag zur Kenntniss d. einseit. Retinitis pigmentosa. Arch. f. Augenhkde. LX. 1. p. 59.

Rollet, La syphilis gommeuse de l'iris. Lyon méd. CX. p. 1181. Mai 31.

Schreiber, L., Ueber d. atroph. Sehnervenexcavation. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 2. p. 381.

Schrnihnr, L., u. F. Wnngler, Ueber das Verhalten d. Netzhnut u. d. Sehnerven bei experiment. Glaukom. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 13.

Schultz-Zehden, Atropinkuren b. Kurzsichtigkeit. Med. Klin. IV. 29.

Senfelder, R., Pathol.-anatom. Beiträge zur Kenntniss d. angeb. Colnboms d. Auges. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 2. p. 275.

Seefelder, R., Ueber fötale Augenentzündungen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 28.

Seitz, Rudolf, Visuscurven. Arch. f. Augenhkde. LX. 1. p. 59.

Selenkowsky, J. W., Zur Frage über d. Heilung d. Trachoms durch *Becquerel*-Strahlen (Radium). Arch. f. Augenhkde. LX. 1. p. 63.

Snell, Simeon, Streptococcus infection of eyelids

treated by antistreptococcus serum. Brit. med. Journ. July 4.

Stepheuson, Sydney, On a little-known type of amblyopin in children. Brit. med. Journ. July 18.

Straub, M., Over de prognose bij netvliesbloedingen door arteriosklerose. Nederl. Weekbl. I. 23.

Teich, M, Zur Casuistik d. Enophthalmus traumaticus. Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 266.

Terrien, F., Valeur de l'oeil blessé d'après la loi sur les accidents du truvail. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 449. Juin.

Terson, A., Nouvelles notions sur la pathologie du glaucome primitif. Gaz. des Hôp. 52. 53.

Terson, A., Indications et techniques de l'occlusion chirurgicale dans les plaies de l'oeil. Gaz. des Hôp. 64. 66.

Terson, Dilatations artério-veineuses anévrysmales de la rétine en rapport avec une lésion très probablement tubereuleuse. Arch. d'Oculist. CXXXIX. 5. p. 354. Mai.

Terson, A., La recherche du critérium de la tondance à l'ophtalmie sympathique. Progrès méd. 3. S. XXIII. 29.

Truc, Un cas exceptionnel d'abaissement de la cataracte avec iridectomie préparatoire. Ann. d'Oculist. CXXXIX. 5. p. 350. Mai.

Uhrich, Hermann, Klin. Betrachtungen über d. Druckverhältnisse in d. vorderen u. hinteren Augenkammer. Arch. f. Augenhkde. LX. 4. p. 283.

Urmotzer, Jacques, Ueber Epitheleinwanderung u. Entwicklung von Epithelcysten im Auge. Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 3. p. 494.

Vulude, E., Blépharospasme et injection d'alcool. Arch. d'Oculist. CXXXIX. 4. p. 241. Avril.

Valude, A propos de l'irido-sclérectomie. Ann. d'Oculist. CXXXIX. 5. p. 346. Mai.

Valude, Le moment de l'enucléation dans l'ophthalmie sympathique. Ann. d'Oculist. CXXXIX. 6. p. 412. Juin.

Van Canoghem, D., Un cas de mouvement d'association de la paupière supérieure. Belg. méd. XV. 21.

Villard, Un cas de mort subite dans le cours d'une irido-cyclite traumatique. Ann. d'Oculist. CXXXIX. 5. p. 358. Mai.

Vogt, Alfred, Beitrag zu d. Frage d. Entstehung d. Blendungserythropsie. Arch. f. Augenhkde. LX. 1. p. 91.

Vogt, Alfred, Erkrankungen d. Auges durch die ultravioletten Strahlen greller Lichtquellen u. Schutz gegen dies. durch ein neues, in dünnen Schichten farbloses Glasmaterial. Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 161.

Vries, W. M. de, Arteria hyaloidea persistens. Nederl. Weekbl. I. 18. blz. 1399.

Walker, A. Nimms, and A. A. Mussen, Ophthalmia neonatorum: an experiment in treatment. Lancet May 2.

Wibe, De la nécessité d'une intervention radicale dans l'extirpation du sac lacrymal. Presse méd. belge LX. 25.

Wolff, Hugo, Ueber Schattondrehung u. Schattenlauf, sowie über d. astigmat. Gesichtsfeld u. d. Skiaskopie. Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 210.

Ziem, C., Ueber d. Bedeutung d. Nasenkrankheiten b. sympath. Ophthalmie. Med. Klin. IV. 18.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Stock. IV. 2. *Ophthalmoreaktion*; 8. Alger, *Basedow'sche Krankheit, neurot. Augenleiden.* V. 2. a. Axonfeld. VII. Holzhach. IX. Babonneix, Newmayor, Tyson. XIII. 2. Auer, Birkhauser, Boek; 3. Neusselt. XIV. 2. Bonsignorio.

XI. Specielle Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes u. Rachens.

Alexander, G., u. G. W. Mackenzie, Funktionsprüfungen d. Gehörorgans an Taubstummen. Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 2. p. 138.

Alt, Ferdinand, Die Taubheit in Folge von Meningitis cerebralis epidemica. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. Gr. 8. 34 S. mit 12 Tafeln. 4 Mk.

Anton, Wilh., Ueber Störungen d. psych. Funktionen b. einseit. Behindorung d. Nasenathmung. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 23.

Asai, K., Beiträge zur patholog. Anatomie d. Ohres b. Lues hereditaria. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 135 S. 4 Mk.

Barlatier; Rabot et Sargnon, Rétrécissements laryngées consécutifs au tubage et à la trachéotomie. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 795.

Barth, Ernst, Die professionelle Laryngitis. Wien. klin. Wchnschr. XXII. 26.

Bericht über d. XVII. Versamml. d. deutschen otolog. Gesellschaft. Heidelberg 6. u. 7. Juni 1908. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29. 30.

Bloch, Friedrich, Hypertrophie d. Rachenmandel u. ihre Folgeerscheinungen. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Bloch, R., Un cas d'arthrite gonoccocique d'une articulation laryngée. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 133.

Blodgott, John H., An electrical attachment for a *Politzer* bag in treating diseases of the ear by air inflation and catheterization. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 21. p. 798. May.

Boenninghaus, Goorg, Lehrbuch d. Ohrenheilkunde. Berlin. 8. Kargor. Gr. 8. VIII u. 376 S. mit 139 Textabbild. u. 1 Taf. farb. Trommelfellbilder. 9 Mk. 80 Pf.

Bourack. S. M., Principes fondamentaux dans le traitement de la tuberculose laryngée. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 82.

Bourgenis, H., Le diagnostic et les indications thérapeutiques au cours de l'otite moyenne aiguë. Progrès méd. 3. S. XXIII. 18.

Bryant, W. Sohior, Middle ear deafness. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 21. p. 990. May.

Burger, H., De beteekenis der Röntgenstralen voor de rhino-laryngology. Nederl. Weekbl. I. 19.

Chauveau, C., Tuberculose laryngée à évolution particulièrement lente. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 838.

Chavasse, Considérations sur les végétations adénoïdes chez l'homme adulte. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 16. p. 184. Avril 21.

Cobb, Carolns M., The problem which confronts the otologist in the treatment of chronic catarrhal deafness. New York med. Record LXXIII. 20. p. 813. Mai.

Congrès de la Société française de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, Paris, 11.—14. Mai 1907. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. Suppl.

Cunningham, H. H. B., Some complications of chronic otorrhoea. Brit. med. Journ. July 18.

Curtins, H. Holbrook, Lactic acid bacilli cultures in nose, throat and ear work. New York med. Record LXXIV. 2. p. 53. July.

Discussion on otitis media. Calif. State Journ. of Med. VI. 7. p. 234. July.

Dopter, Ch., Un cas d'angine pseudo-membraneuse d'aspect diphtérique causée à un pseudo-meningocoque. Progrès méd. 3. S. XXIII. 29.

Ellis, H. Bort, Acute otitis media in infancy and childhood. Calif. State Journ. of Med. VI. 7. p. 222. July.

Emerson, Francis P., Rosenmüllers fossae and their importance in relation to the middle ear. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 17. p. 544. April.

Felix, E., Quelques cas de lésions traumatiques de l'oreille. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 775.

Finder, Ueber d. heutigen Stand d. endonasalen Chirurgie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Freudenthal, Wolff, A plea for systematic use of bronchoscopy in our routine work with description of a modified bronchoscope. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 21. p. 981. May.

Digitized by Google

Frey, G., Surdité unilatérale consécutive à un érysipèle grave. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 114.

Gnbriel, Beitrag zur Kenntniss d. chron. Rachendiphtheroids. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Gandier, De la méthode de *Bier* en oto-rhino-laryngologie. Echo méd. du Nord XVII. 27.

Gerber u. Georg Cohn, Aus d. Privatklinik u. Klinik d. Prof. *Gerber*. Arch. f. Ohrenhkde. LXXV. 3 u. 4. p. 202. LXXVI. 1 u. 2. p. 95.

Gleitsmaan, J. W., Treatment of tuberculosis of the air passages. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 1. p. 18. July. — Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 9.

Gluck, Die Chirurgie im Dienste d. Laryngologie. Ztschr. f. Laryngol. u. Rhinol. I. 2. p. 179.

Gomperz, B., Ueber d. Anwendung d. Luftdusche b. Kindern. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 1 u. 2. p. 42.

Goodale, J. L., On the translation of clinical descriptive terms into their histological equivalents in diseases of the nose and throat. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 643. May.

Goodale, J. L., The local treatment of acute inflammations of the throat from the standpoint of pathology. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 26. p. 974. June.

Gording, Reidar, *Bier's* stasebehandling anvendt i rhinologien. Norsk Mag. f. Lägevidensk 5. R. VI. 7. s. 684.

Gradenigo, G., u. A. Stefanini, Ueber eine neue Methode von Akumetrie mittels Stimmgabel. Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 2. p. 98.

Gutzmann, Hermann, Stimme u. Sprache ohne Kehlkopf. Ztschr. f. Laryngol. u. Rhinol. I. 2. p. 221.

Halász, Heinrich, Spontan entstandene tödtl. Blutung aus d. Ohre. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 1 u. 2. p. 78.

Hammerschlag, Viktor, Die hereditäre Taubstummheit u. d. Gesetze ihrer Vererbung. Wien. Selbstverl. 8. 40 S. (Sep.-Abdr. a. d. Wissen f. Alle Nr. 14—18.)

Hammerschlag, Viktor, Ueber einen muthmassl. Zusammenhang zwischen hereditärer Taubheit u. hereditärer Ataxie. Ztschr. f. Ohrenhkde u. s. w. LVI. 2. p. 126.

Hammerschlag, V., L'étiologie de l'otosclérose. Arch. internat. de Laryagol. etc. XXV. 3. p. 752.

Hammes, Franz, Zur Frage d. Hautemphysems als Intubationstrauma. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 3 u. 4. p. 207.

Heormaan, G., Ein einfaches Vorfahren, d. Ansaugung d. Naseaflügels zu beseitigen. Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 2. p. 865.

Hélot, R., et J. Payennoville, Epithélioma de l'épiglotte; radio-thérapie directe. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 94.

Heymann, P., I. internat. Laryngo-Rhinologencongress in Wien. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Horsford, Cyril, An original method of facilitating iatra-laryngeal operation. Lancet July 11.

Januszkiewicz, A. M., Pharyngitis ceratosa punctata. Virchow's Arch. CXCIII. 1. p. 165.

Ide, Ueber die Wirkung d. Seeluft auf d. Erkrankungea d. Luftwege. Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XII. 4. p. 207.

Imhofer, Richard, Der Kehlkopfspiegel u. seine Vorläufer. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 18. 19.

Imhofer, R., Die Röntgenstrahlen im Dienste d. Rhino-Laryngologie. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 24.

Imhofer, R., Zur Entfernung von Cerminalpfröpfen aus d. Gehörgange. Therap. Monatsh. XXII. 5. p. 247.

Juraaz, A., Die internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresse. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 24.

Kanasagi, H. E., Die Kehlkopfstörungen b. Beriberi. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Killian, Importance de la Roentgenographie en rhinologie. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 1.

Koblauck, Ueber nasale Reflexe. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 24.

Körner, G., Die Gefährlichkeit d. Tracheoskopie b. Compression d. Luftröhre von hinten. Ztschr. f. Ohrenhkde. LVI. 1. p. 1.

Krieg, Eberhard, Ueber d. primären Tumoren d. Trachea. Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. p. 162.

Kühne, Zur Differentialdiagnose zwischen Stimmbandlähmungen u. d. Ankylose, bez. Fixation d. Crico-Arythaenoid-Gelenks. Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 1. p. 31.

Küstner, W., Ein Fall von chron. Mittelohreiterung compleirt mit Ponstumor (Gliosarkom). Arch. f. Ohrenhkde. LXXV. 3 u. 4. p. 181.

Kuhn, Franz, Einführung in d. peroralo Intubation. Med. Klin. IV. 29.

Lannois et Chavanno, Formes cliniques du syndrome de *Ménière*. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 32.

Lobrnm, P., Hörtelephone f. Schwerhörige. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 18.

Levinger, Ein congenitaler behaarter Rachenpolyp. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Löwy, Hugo, Zur Behandl. d. akuten Schnupfens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Mann, M., Ueber einige Fälle von Erkrankung d. Luftröhre u. Bronchien, diagnosticirt mittels *Killian*'scher Endoskopie. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden p. 71.

Maresch, Rudolf, Zur Kenntniss der aus d. Schleimdrüse d. Trachea hervorgehenden divertikelartigen Bildungen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Markmann, Alwin, Ueber Stapesankylose ohne Spongiosarung. Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 2. p. 85.

Marx, Hermann, Bemerkungen zur Frage d. sekundären Degeneration nach Zerstörung d. Ohrlabyrinths. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 5.

Massier, H., Volumineux myxofibrome naso-pharyngien chez un enfant de 5½ ans. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 128.

Mekler, L., Zur conservativen Behandl. chron. Eiterungen d. Epitympanum. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 30.

Merrill, W. H., A report of some atypical cases of tonsillar and peritonsillar inflammations. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 23. p. 859. June.

Muck, O., Die Behandlung d. akuten Mittelohreiterungen mit zitzenförm. Perforation durch Aussaugen d. Eiters vom Gehörgang aus. Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 1. p. 22.

Muck, O., Ueber d. klin. Bedeutung d. chron. entzündeten nicht hypertroph. Gaumentonsillengewebes. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Obermüller, H., Die Coupirung d. akuten Mittelohrentzündung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24.

Okouneff, B. N., Résection du conduit lacrymo-nasal. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 697.

Pike, Normann H., Untersuchungen über d. Verhalten d. Vestibularapparates b. nicht eitrigen Erkrankungen d. Ohres. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde u. s. w. XLII. 5.

Politzer, Adam, Lehrbuch d. Ohrenheilkunde. 5. Aufl. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. X u. 693 S. mit 337 in d. Text gedr. Abbild. 17 Mk.

Powers, George H., Report of a case of caries of the middle ear, mastoid process and internal ear with extradural abscess; pachymeningitis and destruction of the semicircular canals. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 17. p. 548. April.

Preysing, Hermann, Ohruntersuchung b. Schulkindern. Centr.-Bl. f. allgem. Gesbpfl. XXVII. 5 u. 6. p. 241.

Réthi, L., Zur Indikationsstellung d. Nasenscheidewandoperatioa. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 24.

Ruppert, Adolf von, Zur Behandl. u. Prognose d. chron. Mittelohreiterung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Digitized by Google

Ruttin, Erich, Histol. Studien über d. Veränderungen d. tympanalen Labyrinthwand b. radikal operirten Fällen chron. Mittelohreiterung. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 1 u. 2. p. 81.

Schilling, Rudolf, Ueber experimentelle endogene Infektion d. Nase u. d. Ohres durch pathogene Helen. Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 1. p. 61.

Schmidt, H., Zur Therapie d. Ozaena: Gurgeln mit geschlossenem Mund. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23.

Schoetz, W., Histolog. Befunde an d. Gehörknöchelchen b. nicht tuberkulöser chron. Otorhöe. Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 1. p. 25.

Schoetz, W., Epidermicysten nach Transplantation in Radikaloperationshöhlen. Ztschr. f. Ohrenhkde u. s. w. LVI. 1. p. 56.

Schulze, F. A., Monochord zur Bestimmung d. oberen Hörgrenze u. d. Perceptionsfähigkeit d. Ohres f. sehr hohe Töne. Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 2. p. 167.

Schwartze, H., Rede am 9. Nov. 1907 in d. Univers.-Ohrenklinik [in Halle]. Arch. f. Ohrenhkde. LXXV. 3 u. 4. p. 276.

Schwarzkopf, Adolf, Beitrag zur Kenntniss d. erworbenen Gehörgangsverschlüsse. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 1 u. 2. p. 50.

Sluder, Greenfield, The role of the sphenopalatine (or *Meckel's*) ganglion in nasal headaches. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 21. p. 989. May.

Spencer, Walter G., Remarks on nasal obstruction. Brit. med. Journ. July 18.

Steiner, R., Internat. Laryngo-Rhinologencongress. Wien, 21.—25. April 1908. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 27.

Stepheus, Wm. B., Prophylaxis and treatment of acute otitis media. Calif. State Journ. of Med. VI. 7. p. 226. July.

Stettea, De Witt, The modern administration of general anaesthesia in mouth, nose and pharyux surgery. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 3. p. 111. July.

Stimmel, *Bier*'sche Stauung b. Otitis media. Münchn. med. Wchaschr. LV. 21.

Theisen, Clement F., A consideration of the „Herd"-Theory as an etiological factor in ozaena. Albany med. Ann. XXIX. 6. p. 476. June.

Torretta, A., Les lésions du labyrinthe non acoustique. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 712. XXXVI. 4. p. 105.

Trendelenburg, Wilhelm, Zur Deutung der nach Exstirpation d. Ohrlabyrinths auftretenden Störungen. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 8.

Turner, A. Logan, and J. S. Fraser, Some points of interest in surgery of the ear, nose an throat. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. p. 23. July.

Veckenstedt, Richard, Der Kopfschmerz als häufige Folge von Nasenleiden u. seine Diagnose. [Würzb. Abhandl. VIII. 8.] Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). Gr. 8. 31 S. 75 Pf.

Vohsen, Karl, Operation bösartiger Mandelgeschwülste. Ztschr. f. Laryngol. u. Rhinol. I. 2. p. 161.

Welty, C. F., Pathology of acute otitis media. Calif. State Journ. of med. VI. 7. p. 230. July.

West, Samuel, The acute suffocative catarrh of *Laennec* and other conditions from which it should be distinguished. Lancet May 23.

West, C. Ernest, and Sydney Scott, The operative surgery of labyrinthitis. Lancet Aug. 9.

Wojatschek, W., Ein neuer hermet. Ohrenobturator. Arch. f. Ohrenhkde. LXXV. 3 u. 4. p. 217.

Yonge, Eugene S., The treatment of intractable hay fever and paroxysmal coryza by resection of the nasal nerve. Lancet June 13.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Eisen, Laharrière, Luhlinski, Meyer, Schwarz; 8. Delavan, Donalies, Gleitamann, Graeffner, Schutter, Uckermann. VI. Kuttner. VII. Holbauer. X. Onodi, Zien. XV. Poyet.

XII. Zahnheilkunde.

Clemen, Otto, Arzneibüchlein wider allerlei Krankheiten u. Gebrechen d. Zähne. Leipzig 1530. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 6. p. 459.

Colyer, J. F., A note on the early treatment of protruding incisor. Lancet June 27.

Dohrzynieeky, Arpád von, Operatie subgingivalis b. Zahnlisteln. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 21.

Drennan, Jennic G., The abstraction of calcium salts from the mothers blood by the fotus; a cause of dental disease in the former. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 18. p. 830.

Fenchel, Ad., Neue Amalgam-Untersuchungen u. ihre Bedeutung f. d. zahnärztl. Praxis. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 2. p. 239.

Fischer, Guido, Die Retention d. Milchmolaren in d. Tiefe d. Ober- u. Unterkiefers, sowie deren Folgeerscheinungen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 6. p. 401.

Gassmann, Th., Chem. Untersuchungen d. Zähne. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 6. p. 455.

Highton, H. C., The treatment of malocclusion (orthodontia). Lancet June 27.

Malassez, L., et Galippo, Note sur les pertes d'email. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 27. p. 11. Juillet 7.

Müller, Fr., Das Lysoform in d. odontolog. Praxis. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 7. p. 518.

Paulson, G., Erinneruagen eines alteu Zahnarztes. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 5. p. 369.

Placzek, Josef, 2 neue Zangen f. schwierige Extraktionen. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 2. p. 312.

Preiswerk, Paul, Die systemat. Untersuchung d. Verhaltens d. Zähne b. angeb. Spaltbildungen im Bereiche d. Mundhöhle. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 7. p. 473.

Röse, Erdsalzarmuth u. Entartung. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 5. 6. p. 321. 445.

Rumpel, C., Röhrenzähne u. deren Verarbeitung b. Kronen, Brücken u. Platten. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 5. p. 349.

Schuster, Ernst, Mittheilungen aus d. zahnärztl. Institut d. Universität Leipzig. Bericht f. d. Wintersem. 1907—1908. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 5. p. 363.

Tanzer, Ferd. Meine Theorie von gesteigerten intradentären Blutdruck. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 6. p. 434.

Treymann. Präcisionsschneidemaschine zum schnellen Herstellen von Schraubensystemen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 7. p. 512.

Turner, G. G., The dental needs of the pere of London Brit. med. Journ. June 20.

Urbantschitsch, Eduard, Supernumeräre Zähne. Oester.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 2. p. 283.

Wiessner, V., Die Einwirkung mechan. Energie auf die Zähne. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 2. p. 257.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 8. Wallisch. V. 2. a. Cousins, Friel, Lartschneider, Paul, Rosenthal, Whittles.

XIII. Pharmakologie u. Toxikologie.

1) *Allgem. Pharmakologie. Pharmacie.*

Baehom, C., Die neue Pharmacopoea Helvetica (Editio IV) vom med.-prakt. Standpunkte betrachtet. Therap. Monatsh. XXII. 6. p. 303.

Bergell, Peter, Ueber die moderne Gestaltung d. pharmakol. Unterrichts. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Fleissig, P., Die neue schweizerische Pharmakopöe, Pharmacopoea Helvetica (Ed. IV). Therap. Monatsh. XXII. 6. p. 307.

John, Anton, Unsere Arzneitaxe. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 23.

Mayor, A., et B. Wiki, La pharmacopée helvétique edition IV. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 6. 7. p. 38. 449. Juin, Juillet.

Meyer, Hans H., Ueber d. pharmakol. Unterricht an deutschen Hochschulen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Overlach, M., Die Allophansäure u. ihre Bedeutung f. d. Chemie d. Heilmittel. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Přibram, Ernst, Ueber Beziehungen zwischen chem. Constitution, physik.-chem. Eigenschaften u. pharmakodynam. Wirkungen. Wien. klin. Wchnschr XXI. 30.

Schwarzmann, Jacob, Die Wirkung d. Arzneimittel auf d. Blutserum. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25.

Sutton, R. L., The absorption of ointments. Brit. med. Journ. May 23.

Weil, Albert, Sur l'introduction électrolytique des médicaments. Bull. de Thér. CLV. 20. p. 779. Mai 30.

Zernik, Franz, Neue Arzneimittel, Specialitäten u. Geheimmittel. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23. 26. 29.

S. a. IV. 5. Schürmayer; 8. Bing. IX. Mario, Würschmidt. XII. Clemen. XIX. Bergeat.

2) *Einzelne Arzneimittel.*

Aobert, R. E., The protracted use of digitalis. Lancet June 6.

Arthault, Euphorbia peplus dans asthma et les catarrhes bronchiques. Bull. de Thér. CLV. 22. p. 856. Juin 15.

Assmy, Hans, Ueber Jodofan b. d. Behandlung ulceröser u. erosiver Processe an d. äusseren männl. Genitalien. Fortschr. d. Med. XXVI. 17. p. 515.

Auer, John, and S. J. Meltzor, The action of calcium upon the pupil and its relation to the effects of mydriatics. Proceed. of the Soc. of experim. Biol. u. Med. V. 4. p. 86. — Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 8.

Aufrecht, Ueber einige neuere Thonerdepräparate. Med. Klin. IV. 23.

Auvray, A propos de la rachistovaïne. Gaz. des Hôp. 61.

Bancroft, Frank W., Ueber d. Wirkungsweise d. salin. Abführmittel. Arch. f. Physiol. CXXII. 12. p. 616.

Bardet, G., Les médicaments minéraux-organiques; combinaisons iodoorganiques. Bull. de Thér. CLV. 22. p. 839. Juin 15.

Basch, Georg, Ueber d. Verhalten d. Sajodins im Organismus. Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 397.

Benedotti, A., Sull'efficacia della nuova soluzione di tubercolina a tipo constante omissa dall'Istituto Pasteur de Lille, chiamata „Tubercolin teste". Rif. med. XXIV. 21.

Berghaue, W., Ueber Tuberkulin. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 8.

Biberfeld, Joh., Pharmakolog. Studien über einige Pyrazolonderivate. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 28.

Birkhänser, Rudolf, Ueber d. Anwendung d. Cocains b. Hornhautaffektionen. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 10.

Blumenthal, Ferdinand, Zur Frage d. Entgiftung d. Chloralhydrats. Med. Klin. IV. 21.

Blumenthal, Ferd., Schlafmittel. Med. Klin. IV. 24.

Blumenthal, Ferd., Salicylpräparate zur inneren Anwendung. Med. Klin. IV. 27. 28.

Bock, Emil, Sophol in d. Augenheilkunde. Wchnschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges XI. 32.

Bottstein, H., Ein Beitrag zur internen Arhovinbehandlung b. d. akuten u. chron. Gonorrhöe d. Mannes. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

de Bovis, Adrénaline et ostéomalacie. Semaine méd. XXVIII. 21.

Breinl, A., u. M. Nierenstein, Weitere Beobachtungen über Atoxylfestigkeit der Trypanosomen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Burckhardt, L., Untersuchungen über d. Einwirkung reinen Sauerstoffes auf Wunden u. Infektionen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. p. 182.

Carnot, Paul, Les médicaments de la goutte. Progrès med. 3. S. XXIII. 23.

Carruthors, V. T., Hydrogen peroxide in puerperal sepsis. Brit. med. Journ. June 5. p. 1360.

Carta-Mulas, Luigi, Sull'azione della lecitina o colesterina sulla tossina tetanica. Rif. med. XXIV. 20.

Cash, J. Theodore, Into the relationship of action to dose, especially with reference to repeated administration of indaconitine. Brit. med. Journ. May 23.

Cussel, Jodomenin, ein Jodeiweisspräparat in der Kinderpraxie. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 7. p. 325.

Chassevant, Allyro, Purgation et purgatifs. Bull. de Thér. CLV. 24. p. 928. Juin 30.

Ciliano, Pedro, Eleïdin. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 9. p. 435.

Cloëtta, M., Ueber d. Wirkungsweise einiger Antipyretica. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 10.

Colt, G. H., A note on the administration of ether by the open method. Brit. med. Journ. July 25.

Couteaud, L'Anesthésie locale et les nouveaux anesthésiques locaux. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 26. p. 751. Juin 30.

Cushny, Arthur R., The action of optical isomers. Adrenalin. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. 130.

De Bussoher, L., Action de la créosote sur l'intestin. Belg. méd. XV. 24.

Determann, Das Verhalten d. Blutviscosität b. Joddarreichnng. Deutsche med. Wchnschr. XXXV. 20.

Deutschmann, R., Ueber eine wesentliche Verbesserung meines Serums. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Diesselhorst, G., Beitrag zur Quecksilberausscheidung nach Thiopinolbädern b. Schmierkur. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 170.

Diesselhorst, G., Ueber Bleiausscheidnng nach innerl. Gebrauch von Plumbum aceticum. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30.

Dixon, W. E., and Walter Malden, Colchicine with special reference to its mode of action and effect on bone marrow. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. 50.

Dorn, Beitrag zur Arsen-, Phosphor-Eisentherapie, mit besond. Berücksichtigung d. Nucleogens (*Rosenberg*). Fortschr. d. Med. XXVI. 20. p. 609.

Erhardt, E., Ueber d. Verwendnng von Gummi als Zusatz zum Anaestheticum b. Lumbalanästhesie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19. 26.

Etienne, Georges, Recherches comparatives sur la plus petite dose mortelle de divers dérivés et préparations de la digitale. Arch. de Méd. expérim. XX. 3. p. 366. Mai.

Etterlen, Acidification de l'urine par l'acide borique. Lyon méd. CXI. p. 14. Juillet 5.

Ewald, C. A., Some observations on bornyval. Folia therap. II. 2. p. 50.

Ferroysolles, P., The treatment of syphilis by means of arsonical medication. Lancet May 30. p. 1575.

Flexner, Simon, Prevention of syphilis in Macacus Rhesus by atoxyl. Proceed. of the Soc. of experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 90.

Frondenberg, Franz, On the thorapentical employment of yeast, especially yeast-fats. Folia therap. II. 2. p. 58.

Frey, Ernst, Die Wirkung d. Tannins auf Resorption u. Sekretion d. Dünndarms. Arch. f. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 491.

Fritzsche, Curt, Einige Begleiterscheinungen d.

Injektionsanästhesie. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 7. p. 508.

Fröhlich, A., u. O. Loewi, Untersuchungen zur Physiologie u. Pharmakologie d. autonomen Nervensystems. Ueber d. Wirkung d. Nitrite u. d. Atropins. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LVI. 1. p. 34.

Gigon, A., u. T. Rosenberg, Ueber d. Einwirkung d. Mangans u. Eisensulphats auf diastat. Fermente. Skandinav. Arch. f. Physiol. XX. 5 u. 6. p. 423.

Goldschmidt, Sur la prétendue accummulation de la digitalo. Bull. de Thér. CLV. 20. p. 777. Mai 30.

Gnnder, Richard, u. Francesco Dapas, Atoxylversuche b. Malariakranken. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Gottlieb, R., Ueber d. physiolog. Werthbestimmung von Arzneimitteln. Muuchn. med. Wchnschr. LV. 24.

Härte, Amylenhydrat b. Eklampsie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Hallopoan, H., L'atoxyl dans la syphilis. Bull. de la Soc. fr. de Dermatol. et de Syph. XIX. 5. p. 177.

Hnmburger, Franz, Ueber d. Wirkung d. Alttuberknlins anf d. tuberkulosefreien Menschen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 23.

Hamel, Henri, Traitement des syphilides par les injections mercurielles locales. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IX. 5. p. 280.

Happich, Carl, Ueber gift. u. tödtl. Wirkung d. Kamphers u. Chloralhydrates. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 1. p. 1.

Harnack, Erich, Ueber d. Wirkungen d. Physostigmins anf muskuläre Organe. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 194.

Hntcher, Robert A., and Harrld C. Bailey, The destruction of strophanthin in the animal organism. Proceed. of the Soc. of experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 88.

Heimann, Die Behandl. d. Kindereklampsie mit Atropinum methyl. bromatum. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Herhold, Perhydrol u. Natrium perboricum in d. Chirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25.

Hoss, Leo, u. Paul Saxl, Die Einwirkung des Arsens auf d. Autolyse. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 89.

Hintz, A., Ueber Jod-Arsentherapie u. klin. Erfahrungen über Arsojodin. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 29.

Hirschberg, A., Beitrag zur Behandl. mit Oophorin. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Janeway, Theodore C., The use and nbuse of digitalis. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 6. p. 781. June.

Jeronimus, C. S., Voorloopige mededeeling betreffende proeven aangaande de behandling van surra met arsenicum-preparaten. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 2. blz. 302.

Jonescu, D., u. O. Loewi, Ueber eine specif. Nierenwirkung d. Digitaliskörper. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LVI. 1. p. 71.

Josoph, Don R., and S. J. Meltzer, The relative toxicity of the chlorides of magnesium, calcium, potassium and sodium. Proceed. of the Soc. of experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 85.

Kabisch, Bornyval u. seine grosse klin. Bedeutung. Fortschr. d. Med. XXVI. 13. p. 391.

Kachler, M., Epithelisirung von Wundflächen unter Scharlachsalbe (nach *Fischer-Schmieden*). Med. Klin. IV. 22.

Korff, B., Beiträge zur Morphium-Scopolaminnarkose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29.

Kromayer, Die Quecksilberkur mittels d. Merkalatormaske Beiersdorf im Vergleich zu d. bisher üblichen Kuren. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 10. p. 475.

Lasserre, Le passif des injections mercurielles. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IX. 5. p. 289.

Laufer, Alfred, Zur Methodik d. Verwendung von Heidelbeerextrakt bei Darmaffektionen. Therap. Monatsh. XXII. 5. p. 241.

Laurén, Walter, Filicon ett nytt anthelminthicum. Finska läkaresällsk. handl. L. p. 94. July.

Loe, Roger, I., The use of tuberculin in the treatment of localized tuberculosis, excluding pulmonary tuberculosis. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 671. May.

Legge, S. C., Calcium chloride in melaena neonatorum. Brit. med. Journ. May 16. p. 1172.

Leo, H., Bemerkungen über d. Salzsäuretherapie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Loewi, O., u. E. Nenbauer, Ueber Phlorizindiurese u. über d. Beeinflussung d. Phlorizinzuckerausscheidung durch Diuretica. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LVI. 1. p. 57.

Mnc Callum, W. G., and Carl Voegtlin, On the relation of calcium metabolism to tetany and the cure of tetany by administration of calcium. Proceed. of the Soc. of experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 84.

Magnus, R., Zur Wirkung kleinster Atropinmengen auf d. Darm. Arch. f. Physiol. CXXIII. 1—3. p. 95.

Mampell, O., Ueber Bromural. Med. Klin. IV. 25.

Mnngelsdorf, Ueber Agar-Agar b. habitueller Stuhlverstopfung. Therap. Monatsh. XXII. 5. p. 249.

Mayer, H., Ueber schmerzlose intramuskuläre Quecksilberinjektionen, mit besond. Berücksicht. eines Quecksilbernatriumglycerats. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 12. p. 577.

Meissl, Theodor, Ueber d. Werth d. intravenösen Adrenalin-Kochsalzinfusionen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 23.

Mendel, Felix, Die Wirkung u. Ausscheidung intravenös injicirter Medikamente, nebst Bemerkungen über d. intravenöse Attritin-, Atoxyl- u. Digitalistherapie. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 7. p. 297.

Mörner, Karl Th., Analys å *Kjennerulf's* lokalanästhetikum. Upsala läkarefören. förh. N. F. XIII. 5. s. 389.

Murlin, J. R., The influence of carbohydrate on the protein metabolism of a fasting pregnant dog. Proceed. of the Soc. of experim. Biol. a. Med. V. 4. p. 72.

Napp, Hermann, Zur Chinintherapie d. Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Nebenky, Oscar, Ueber unsere Erfahrungen mit Ichthynat Heyden. Med. Klin. IV. 30.

Nicolaier, Arthur, u. Max Dohrn, Ueber d. Wirkung von Chinolincarbonsäuren u. ihrer Derivate auf d. Ausscheidung d. Harnsäure. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 4. p. 331.

Nieronstein, Maxim., Comparative chemotherapeutical study on atoxyl and trypanocides. Ann. of trop. Med. II. 3. p. 249. July.

Nobl, G., Verwerthung d. Atoxyls b. primärer u. generalisirter Frühsyphilis. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 3. p. 76.

North, E., Vergleiche zwischen Chinosol, Carbolsäure u. Sublimat in antisept. u. bakteriolog. Wirkung. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 24.

Oppenheim, M., Ueber Lecithinwirkung b. Syphilis. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 19.

Paton, Noel, and Dorothy E. Lindsay, On the action of chloroform administered by different channels. Brit. med. Journ. July 25.

Piffard, Henry G., The specific action of mercury in syphilis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 23. p. 1074. June.

Pinkuss, A., Therapeut. Versuche mit Pankreasfermenten (Trypsin u. Amylopsin). Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 29.

Porges, O., u. E. Pfibram, Ueber d. Einfl. d. Calciums auf d. Diurese. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 1. p. 30.

Porosz, Moriz, Die Behandlung d. Syphilis mit Enesolinjektionen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVI. 12. p. 586.

Porter, William Henry, Alphamonobrom-isovalerylurea, a new nerve sedative and somnifacient. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 26. p. 971. June; CLIX. 1. p. 10. July.

Pusey, W. Allen, Kohlensäureschnee zur Behandlung von Hautkrankheiten. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Rémy, Le bromural, monobormiso-valerianylate d'urée. Echo méd. du Nord XII. 29.

Risel, Hans, Spasmophilie u. Calcium. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 3 u. 4. p. 185.

Ritter, Carl, Ein einfaches Mittel gegen Erbrechen b. Aetherrausch. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 28.

Robinson, E. P., Some cases other than obstetrical, in which hypodermatic injections of ergot hare been of great service. New York med. Record LXXIV. 2. p. 60. July.

Rodari, P., Das Sanatogen b. Sekretionssteigerungen d. Magens. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 1. p. 18. April.

Ruhemann, J., Ueber Spirosal. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Runck, Th., Bromurol in seiner Eigenschaft als schweisshemmendes Mittel. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Sainshury, Harrington, On the action of bodies in the particulate state, with special reference of carbon. Folia therap. II. 2. p. 45.

Salomon, Oskar, Linoval, eine neue Salbengrundlage mit baktericidor Eigenkraft. Med. Klin. IV. 29.

Schahad, J. A., Der Phosphorleberthran in der Therapie d. Rhachitis. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 260.

Schamberg, Jay Frank, The abuse of arsenic in the treatment of diseases of the skin. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 6. p. 403. June.

Schneider, Hans, Ueber d. Desinfektionswerth d. 3 Kresol-Isomere in Gemischen mit Seife. Arch. f. Hyg. LXVII. 1. p. 1.

Schramm, E., Ueber d. intramuskuläre Anwendung von neuen arsen- u. phosphorhaltigen Eisenpräparaten. Med. Klin. IV. 18.

Schucking, Die rectale Instillation mit Natriumsaccharat-Kochsalzlösungen. Gyn. Centr.-Bl. XXXII. 20.

Schütte, P., Neue Erfahrungen mit Pankreon. Fortschr. d. Med. XXVI. 16. p. 490.

Sieber, H., Beitrag zur Scopolamin-Morphiumnarkose in d. Gynäkologie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 24.

Silkworth, W. Duncan, Notes on the jungle plant (Combretum Sundiacum). New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 22. p. 1032. May.

Smith, Eustace, On the internal use of the oil of turpentine Brit. med. Journ. May 23.

Sommerville, David, The treatment of syphilis with mergal. Folia therap. II. 1. p. 6.

Spatz, Alexius, Therapeut. Versuche mit intravenösen Injektionen von Sublimat b. Syphilis. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 23.

Steinitz, Ernst, Ueber d. therapeut. Verwendung leicht lösl. Schlafmittel aus d. Veronalgruppe. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 7. p. 292.

Stevenson, H. Barton, Nitroglycerin in the treatment of neuritis. New York med. Record LXXIII. 20. p. 819. May.

Strasser, A., u. A. Solka, Versuche mit Radiumemanationen. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 6. — Med. Klin. IV. 28.

Stumpf, Ueber Bolusbehandlung b. Diphtherie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Sussmann, M., Escalin-Suppositorien zur Behandl. von Analfissuren u. Hämorrhoidalblutungen. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 5. p. 240.

Textor, Entzündung von Aethordämpfen in d. Exspirationsluft eines mit Aether Narkotisirten. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Thomson, H., Klin. Erfahrungen über d. Wirkung d. Secacomin. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 22.

Todd-White, Arthur, Tincture of eucalyptus in hemorrhage. Brit. med. Journ. July 11. p. 80.

Tomaszowski, Zelzislaw, u. G. G. Wilenko, Beitrag zur Kenntniss d. antagonist. Wirkung d. Adrenalins u. d. Lymphagoga. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 26.

Tucker, Henry, The local use of magnesium sulphate solution in the treatment of erysipelas. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 6. p. 381. June.

Tyrode, Maurice Vejux, Camphoric acid, its action and uses. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 24. p. 908. June.

Uhlenhuth, P., u. O. Weidanz, Untersuchungen über d. präventive Wirkung d. Atoxyls im Vergleich mit Quecksilber b. d. experiment. Kaninchensyphilis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Uhlenhuth u. Xylander, Antiformin, ein bakterienauflösendes Desinfektionsmittel. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29.

Vorberg, Gaston, Ist die *Metschnikoff*'sche Calomelsalbe ein Vorbeugungsmittel gegen Syphilis? Med. Klin. IV. 23.

Waller, A. D., The chloroform balance; a new form of apparatus for the measured delivery of chloroform vapour. Journ. of Physiol. XXXVII. I. p. VI.

Weber u. Fuerstenberg, Zur Arsenbehandlung d. experiment. Nagana (Tsetse). Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Weissmann, R., Ueber Rhachison, ein neues Antirhachiticum. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 21.

Weissmann, R., Die Hetolbehandlung d. Tuberkulose. [Berl. Klin. Heft 240.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 17 S. 60 Pf.

Westenrijk, N. v., Vergleich. Untersuchungen über d. klin. Bedeutung von Digalen u. Digitalis, mit besond. Berücksicht. ihrer Wirkung auf d. Blutdruck. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 26—29.

Wickham, Louis, et Degrais, Traitement des angiômes par le radium. Revue de Méd. XXVI. 6. 7. p. 567. 608.

Wilcox, Sidney F., Inunction of iodoform in tuberculous peritonitis. New York med. Record LXXIII. 18. p. 735. May.

Winogradow, A. P., Experiment. Untersuchungen über d. Wirkung einiger Medikamente auf d. Gallensekretion. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 313.

Wismuthsubnitrat u. dessen Wirkung. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 18.

Wolf, Alexander, Vergleichende bakteriolog. Untersuchungen von Lysol- u. Kreosolseifen. Med. Klin. IV. 24.

Würsehmidt, Augustus, The new hypnotics and sedatives in the treatment of mental diseases. Folia therap. II. 1. p. 16.

Yakimoff, W. L., Der Einfluss d. Atoxyls auf d. weissen Blutkörperchen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 29.

Yukawa, Genyo, Klin.-experim. Untersuchungen d. Adrenalwirkung auf d. Magendrüsen. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 2 p. 166.

Zeisler, Joseph, Ueber d. therapeut. Verwendung von fluss. Luft u. flüssiger Kohlensäure. Dermatol. Ztschr. XV. 7. p. 409.

Zwintz, Julius, Ein Beitrag zur Kenntniss d. Wirkungsweise d. Jodkalium. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20.

S. a. III. Sticker. IV. 2. Bernart, Raw; 5. Loeb, Sonnenburg; 9. Gunn, Spitta; 10. Vörner. V. 1. Selig. VII. Mayer, Mayne, Neu. Reich. X. Schultz. XII. Drennan, Müller. XIII. I. Overlach.

3) *Toxikologie.*

Balm, Edward, A case of carbolic acid poisoning; recovery. Lancet May 9. p. 1344.

Bonson, W., Vergiftungen durch d. Saft d. Manzanillabaumes. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 10. p. 316.

Bleyer, Ernst, Beitrag zur Aetiologie d. Bleivergiftung. Med. Klin. IV. 24.

Dohi, Sh., Ueber Argyrie. Virchow's Arch. CXCIII. 1. p. 148.

Garnier, Léon, Intoxication multiple par les gaz de hauts fourneaux. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 59. Juillet.

Hennohorg, H., Eine Salicylmundwasser-Vergiftung. Thorap. Monatsh. XXII. 6. p. 323.

Hill, Leonard, and Martin Flack, The effect of excess of carbon dioxide and of wast of oxygen upon the respiration and circulation. Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. 77,

Joseph, Dan. R., u. S. J. Meltzer, Eine Vergleichung d. Giftigkeit d. Chloride d. Magnesium, Kalium, u. Natrium. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 8.

Lehmann, K. B., Neue Untersuchungen über d. Absorption einiger giftiger Gase von Thier u. Mensch durch d. Respirationstractus u. seine Theile. Nach Versuchen in Gemeinschaft mit *Wilke, Jiro Yamada* u. *Joseph Wieser*. Arch. f. Hyg. LXVII. 1. p. 57.

Longhurat, B. W., Stinging fish. Brit. med. Journ. Jnly 18. p. 146.

Magnus, R., Kann man d. Angriffspunkt eines Giftes durch antagonist. Giftversuche bestimmen? Arch. f. Physiol. CXXIII. 1—3. p. 99.

Mercadò, Salva, Les accidents post-anaesthésiques. Gaz. des Höp. 35.

Mines, George Ralph, On the Munchi arrow poison and strophanthin. Journ. of Physiol. XXXVII. 1. p. 37.

Nousoll, Ludwig, Das Verhalten d. Pupillen bei Alkoholismus. Psychol. Arh., herausgeg. von *Kraepelin*. V. 3. p. 408.

Nothen, Heinrich, Ueber Resorcinvergiftung b. äusserer Anwendung. Med. Klin. IV. 24.

Ogata, M., Die Aetiologie d. Rattenbisskrankheit. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25.

Paucot, Intoxication alcolique chez un nourrisson. Eche méd. du Nord XII. 25.

Piltz, W., Lysolvergiftung durch Uterusspülung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Pisarski, Taddäus, Ueber d. Einfl. d. Phosphorvergiftung auf d. morpholog. Elemente d. Blutes b. Menschen u. Thieren. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 3. p. 287.

Porges, O., u. E. Pfihram, Zur Kenntniss d. chem. Vorgänge b. d. Phosphorvergiftung. Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmacol. LIX. 1. p. 20.

Roiss, Eduard, Klin.-psychol. Untersuchungen an Alkoholberauschten. Psychol. Arh., herausgeg. von *Kraepelin* V. 3. p. 371.

Riemer, Ueber eine nach Genuss von Leberwurst beobachtete Fleischvergiftung u. deren Erreger. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 2.

Rosenberg, Paul, Vergiftung oder Idiosynkrasie mit besonderer Berücksicht. d. Fermamints. Med. Klin. IV. 28.

Rosner, Isidor, Tödtl. Montaminvergiftung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 21.

Sedlen, H. B., Case of chlorodyne poisoning. Brit. med. Journ. May 30. p. 1294.

Schwenkenbecher, A., Ueber Mentholvergiftung d. Menschen. Munchn. med. Wchnschr. LV. 28.

Spencer, H. A., Death from strychnine poisoning. Transvaal med. Jonrn. III. 10. p. 251. May.

Stark, A. Campbell, A case of poisoning by bromide of potassium. Lancet May 2. p. 1274.

Steinitz, Ernst, Zur Symptomatologie, Prognose u. Therapie d. akuten Veronalvergiftungen. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 5. p. 203.

Sturli, Adriano. Ueber ein in Schimmelpilzen (Penicillium glaucum) vorkommendes Gift. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 20.

Stursberg, H., Beitrag zur Kenntniss der Nachkrankheiten nach Kohlonoxydvergiftung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 5 u. 6. p. 432.

Vallette, Arnold, Empoisonnement collectif par les fleurs de cytisse. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 5. p. 366. Mai.

Webster, Ralph W., Toxomia from the standpoint of perverted metabolism. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXV. 5. p. 688. May.

Wolker, William H., and Norman E. Ditmer, On some biochemical and anatomical changes induced in dogs by potassium cyanide. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 2. p. 39. July.

Zemp, E. R., Accidents during anaesthesia. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 17. p. 782. April.

S. a. 1. Salkowski, Schumm, Suoss. IV. 6. Castaigne; 8. Burr, Ramond; 9. Ziosche; 10. Pflanz. VIII. Tugendreich. IX. Dannkrouther, di Gasparo. X. Guillery, Nonne. XIII. 2. Happich. XV. Berioht, Ingram.

XIV. Allgemeine Therapie.

1) *Bäder und Kurorte; Klimatologie.*

Aschoff, Karl, Die Radioaktivität d. Kreuznacher Soolquellen u. d. therap. Verwendung d. aus dens. gewonnenen radioaktiven Substanzen. Med. Klin. IV. 27.

Barrère, P., De l'emploi de l'eau alcaline phosphatée dans les troubles dyspeptiques et en particulier la constipation. Bull. de Ther. CLV. 21. p. 873, Jnin 8.

Bötteher, Georg. Wiesbaden. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 8. 265. S. mit 2 Plänen u. 3 Illustr.

Bofinger, Die neue Kuranstalt am Frauenberg in Bad Mergentheim. Wurttemh. Corr.-Bl. LXXVIII. 22.

Bonatzky, Rolph, Teplitz-Schönau, d. neue Dornröschen. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Bossert, Sanatorium Bergzabern. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XXIV. 5. p. 106.

Briegor, O., Indikationen u. Contraindikationen f. balneotherapeut. Massnahmen b. Erkrankungen d. Gehörorgans. Med. Klin. IV. 29.

Dengler, Der 36. schlesische Bädertag. Reinerz. Verl. d. schles. Badert. 8. IV u. 184 S.

Eaux minerales. Bull. do l'Acad. 3. S. LIX. 20. p. 552. Mai 19.

Ensbrunner, Die Quellen Gleichenbergs. Med. Klin. IV. 19.

Franze, Paul C., Success and failure in Nauheim cures. New York med. Record LXXIII. 19. p. 774. May.

Gmelin, Indikation d. Nordseeklimas. Med. Klin. IV. 19.

Guthmann, A., Das kalte Seebad, seinn Wirkung u. Anwendungsweise. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 20. 21.

Hennig, A., Der Einfl. d. deutschen Meere (Ost- u. Nordsee) auf d. oberen Luftwege. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25.

Hirsch, Max, Der 29. Balneologen-Congress in Breslan. Ztschr. f. physik. n. diät. Ther. XII. 3. p. 169. — Fortschr. d. Med. XXVI. 23. p. 614.

Jentzsch, Felix, Die Radioaktivität d. Kissinger Heilquellen. Arch. f. physik. Med. u. med. Techn. III. 2. p. 132.

Klug, A., Beitrag zur Frage d. therapeut. Wirkungsweise radioaktiver Heilquellen. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 30.

Kohlrausch, F. L., Untersuchungen über d. Radioaktivität von Quellen, Moorwässern, sowie d. Luft in Norwegen, speciell in den norweg. Fjorden. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 2. p. 111.

Laquer, B., Das neue Kurhaus in Wiesbaden. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 4. p. 201.

Leuschner, Richard, Neuere Betrachtungen über d. physiolog. Wirkung d. Mt. Clemenser Mineralbader b. allgemeinen Stoffwechselstorungen. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 2. p. 46.

Loewenthal, Ueber d. Wortbschätzung von Heilquellen auf Grund ihrer Radioaktivität. Ztschr. f. Balneol. I. 3.

Lünnomann, Die Moorbäder Driburgs. Therap. Monatsh. XXII. 5. p. 252.

Moorbad u. Heilanstalt Sickingen. Ver.-Bl. d. Pfälz. Aerzte. XXIV. 4. p. 81.

Mosny, E., Bureaux d'hygiène des stations de euro. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 475. Juin.

Müller, Franz C., Jahresbericht über d. neueren Leistungen auf d. Gebiete d. Hydro-, Balneo-, Klimato- u. Phototherapie. Schmidt's Jahrbb. CCXCIX. p. 1.

Rösslor, Oskar, Ein Beitrag zur Kenntniss der radioaktiven Thermen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Rössler, O., Ein Beitrag zur Geschichte d. Trinkkuren. Med. Klin. IV. 25.

Wick, L., Ueber d. Ursprung d. Gasteiner Therme. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 8.

Wiek, L., Ein Beitrag zur Kenntniss d. Entstehung d. Thermen. Med. Klin. IV. 24.

S. a. II. Determann. IV. 2. Bluth; 4. Fisch, Ido, Nenandovies.

2) *Hydrotherapie, Massage, diätet. Kuren.*

Aron, E., Welche Krankheiten sind im pneumat. Cabinett zu behandeln? Ther. d. Gegenw. N. F. X. 5. p. 195.

Bonsignorio, Le cacodylate de soude et l'arrhénal contre les ulcérations de la cornée. Bull. de Thér. CLV. 18. p. 696. Mai 15.

Carnot, Paul, Der physiotherapeut. Unterricht an d. Pariser Fakultät. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 5.

Champtasin, Paul de, Les mouvements actifs avec résistances progressives. Gaz. des Hôp. 77.

Ducroquet, La gymnastique pédagogique suédoise. Progrès méd. 3. S. XXIII. 28.

Fodor, R., Zur Ausübung d. Massage. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 19.

Fueratenberg, Alfred, Eine einfache Modifikation des Longettenverbandes. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 4. p. 205.

Hoffa, A., Uebung, Gymnastik u. Massage bei der Behandl. von Knochen- u. Gelenkerkrankungen. Grenzgeb. in d. Med. p. 403.

Hovorka, Oskar von, Muskelübungen vom doppelten Standpunkte der Hygieine u. Therapie. Ztschr. f. physik u. diät. Ther. XII. 2. p. 93.

Laquenr, A., Ueber d. prakt. Bedeutung d. Blutdruckmessung in d. physikal. Therapie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 21.

Paull, H., Cataplasma redivivum, d. neue Wärmestromheilapparat Stangerotherm. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Rosenthal, Carl, Zur Physiologie der Massage. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 3. 4. p. 133. 197.

Siehelt, Erfahrungen mit Vibrationsmassage. Med. Klin. IV. 21.

Smitt, Ueber Massage u. Heilgymnastik. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilhkde. in Dresden p. 122.

Sommer, Ernst, Beitrag zur physikal. Therapie d. Unfallfolgen. [Berl. Klin. 239.] Berlin. Fischer's med. Buchhandl. (H. Kornfeld). Gr. 8. 17 S. 60 Pf.

Struck, Bernhard, u. C. Pototzky, Die Hydrotherapie d. Afrikaner. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

Tobias, Ernst, Ueber die prakt. Bedeutung der 4zellenbäder. Med. Klin. IV. 20.

Videbech, Poul, En transportabel Kurbytte til Friluftskur. Hosp.-Tid. 5. R. I. 20.

Winternitz, Wilhelm, Hydrotherapie im Hause. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 5.

S. a. IV. 2. Wolf; 3. Knopf, Strümpell; 5. Aufschnaiter; 8. Fronkel. V. 1. Mühsam. VIII. Diesler.

3) *Elektrotherapie.*

Dessauer, Fridrich, Neue Hochfrequenzapparate (nach Dr. *Keating-Hart*). Med. Klin. IV. 24.

Fuchs, Alfred, Elektrodiagnostik u. Elektrotherapie d. Praktikers. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 20. 21. 22.

Josionek, Die dermatotherapeut. Verwerthung d. stat. Elektricität nach *Suchier*. Münchn. med. Wchnschr. LV. 24. 25.

Martin, K., Ueber elektromagnet. Therapie. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 3. p. 145.

Morton, Reginald, The electrical treatment of atonic conditions of the digestive system. Lancet May 16.

S. a. I. *Elektrotechnik*. II. *Elektrophysiologie*. IV. 5. Laquerrière; 8. Zimmern; 9. Czorny, de Keating, Leopold, Necker, Rosenkranz, Wiesner; 10. Reiner. VI. Winkler. X. Lotin. XIII. 1. Weil.

4) *Verschiedenes.*

Alexander, W., Ueber Luftinjektionen. Med. Klin. IV. 23.

Allen, Leo B., Psychotherapy. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 3. p. 76. May.

Amat, Charles, Beauté physique et thérapeutique. Bull. de Thér. CLV. 23. p. 90. Juin 23.

Arbeiten aus d. kön. Institut f. experim. Therapie zu Frankfurt a. M., herausgeg. von *P. Ehrlich*. Heft 4. Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. 88 S.

Bardet, G., La purgation est un mal nécessaire. Bull. de Thér. CLV. 22. p. 861. Juin 15.

Barlureaux, Purgatioo. Bull. de Thér. CLV. 18. p. 693. Mai 15.

Dercum, F. X., An analysis of psychotherapeutic methods. Ther. Gaz. 3. S. XXIV. 5. p. 305. May.

Dorrance, George M., and Nat. Ginsburg, Transfusion. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 20. p. 941. May.

Fisch, Maurus, Herzregulator nach Dr. *Fisch*. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 24.

Freeman, Rowland G., An automatic bottle warmer. Transact. of the Amer. ped. Soc. XIV. p. 107.

Hall-Edwards J., Protection and X ray therapy. Fol. ther. II. 2. p. 51.

Hühner, Hans, Das Licht als Heilmittel. Arch. f. physik. Med. u. med. Techn. III. 2. p. 91.

Laquer, Leopold, Beiträge zur Lichttherapie. Arch. f. physik. med. u. med. Techn. III. 2. p. 112.

Kime, J. W., Light in the treatment of diseases as used at Boulder Lodge sanatorium. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 1. p. 11. July.

Kindler, Eine regulirbare Inhalationspfeife. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Le Fevre, Eghert, Therapeutics of vasoconstriction and vasodilatation. New York med. Record LXIII. 17. p. 676. April.

Levy-Dorn, Max, Der prakt. Arzt u. d. Röntgenbehandlung. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 7. p. 315.

Melland, Charles H., The role of suggestion in treatment. Edinb. med. Journ. N. S. XXIII. 6. p. 514.

Meltzer, S. J., The therapeutics of self-repair. Amer. Journ. of the med. Soc. CXXXVI. 1. p. 26. July.

Parkinson, J. Porter, On the rectal administration of antitoxic sera. Lancet May 2.

Pollatschek, Arnold, u. Heinrich Nádor, Die therapeut. Leistungen d. Jahres 1907. XIX. Jahrg. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. XXIX u. 354 S. 8 Mk. 60 Pf.

Raudnitz, R. W., Therapeut. Versuche u. Vorschläge. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 20.

Riggs, Austin Fox, Adverse suggestions. New York med. Record LXXIII. 26. p. 1071. June.

Schürer v. Waldheim, J., Die percutane Entgiftung. Ein wirksames Heilverfahren gegen alle fieber-

haften Krankheiten. Wien u. Leipzig. Spielhagen u. Schurich. 8. VII u. 172 S. 8 Mk. 50 Pf.

Sonnntherapie s. III. IV. 2. *Baginski, Beckenheimer, Caravia, Catz, Cohn, Cumpston, Discussion, Fornario, Glaessner, Jacobson, Köhler, Kolle, Kraus, Krönig, M'Kenzie, Moeller, Neufeld, Newman;* 4. *Carlotti;* 5. *Botton;* 8. *Baumann;* 9. *Leary, Schmidt;* 10. *Blain.* VII. *Mazzei.* X. *Darier, Hippel.* XIII. 2. *Deutschmann.* XIV. 4. *Parkinson.*

Sommer, Ernst, Ueber Röntgentherapie. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 14.

Staehelin, R., Zur Frage d. Antipyrese. Therap. Monatsh. XXII. 5. p. 219.

S. a. III. Frangenheim. IV. 4. Hahn. VI. Stein. VIII. Orgler. XI. Gaudier, Gording, Stimmel. XV. Mayer.

XV. Hygieine. Sanitätspolizei. Gewerbekrankheiten.

Abbott, E. G., and H. A. Pingree, The restoration of the normal balance of food. New York n. Philad. med. Journ. LXXXVII. 19. 21. 23. p. 875. 976. 1070. May, June.

Alexander, S., Seuchen u. Rettungswesen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 28. 29.

Alkohols. I. *Palladin.* III. *Woodruff.* IV. 5. *Pollak.* V. 1. *Meissner.* IX. *Cotton, Dannkreuther, Pashayan.* X. *Valude.* XIII. 3. *Neuselt, Paucot, Reis.* XV. *Balser, Becker, Kassowitz.* XVI. *Soutzo.* XVIII. *Zimmermann.*

Amat, Ch., A propos de viandes avariées. Bull. de Thér. CLV. 23. p. 881. Juin 23.

Anderes, Ernst, Betrachtungen über Wohnungsdesinfektion mittels Formaldehyddämpfen unter Berücksichtigung des Autanverfahrens. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 13.

Arndt, Studien zur Immunität u. Morphologie d. Vaccine. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 2.

Bachmann, Ernährung u. Körperbeschaffenheit (Beiträge zum Constitutionsbegriff). München. Verl. d. ärztl. Rundschau (Otto Gmelin). 8. 29 S. 75 Pf.

Balser; Aull; Waldschmidt, Der Alkoholismus, seine strafrechtl. Beziehungen; seine Bekämpfung. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 97 S. 2 Mk.

Barthel, Chr., Några af komjölkens enzymreaktioner och deras betydelse for den hygieniska mjölkcontrollen. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 569.

Becker, Wern. H., Alkohol u. Herz. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 2. p. 351.

Benndorf, Hans, u. Wilhelm Prausnitz, Apparat zur Demonstration d. Vertheilung von Licht u. Schatten b. Beleuchtung von Gebäuden durch d. Sonne. Arch. f. Hyg. LXVI. 4. p. 384.

Bericht des von d. k. k. Gesellschaft d. Aerzte gewählten Comittée's zur Bekämpfung der aus d. Verwendung d. weissen Phosphors zur Zündhölzchenerzeugnng sich ergebenden Gefahren. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 21.

Bille-Top, H., Die Vertheilung d. Unglücksfälle d. Arbeiter auf d. Wochentage u. d. Tagesstunden. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XXVII. 5 u. 6. p. 197.

Bonn, Edmund, Wie schützen wir unsere Jugend vor der sexuellen Gefährdung? Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 29. 30.

Bonsdorff, Axel von, Ett sätt att oskadliggöra sputa. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 636. Juin.

Boruttau, H., Zur Frage d. wirksamen Kaffeebestandtheile. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 3. p. 138.

Bouquot, H., Sur nn nouveau procédé de préparation du lait. Bull. de Thér. CLV. 20. p. 763. Mai 30.

Busch, Krit. Untersuchung d. üblichen Sputumgläser. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. XXXVI. 1. p. 162.

Cavacini, Vinconzo, Dell'azione sterilizzante della luce solare sulle pelli carbonchiosi. Rif. med. XXIV. 26.

Chantomesse et Pomor, Batellerie fluviale et santé publique. Progrès méd. 3. S. XXIII. 29.

Citroen, S., Over hot ontstaan van caissonziekte. Nederl. Weekbl. I. 24.

Cobb, Carolus M., The menace of the swimming tank. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 1. p. 9. July.

Czaplowski, E., 5. Jahresbericht über d. Thätigkeit d. amtl. Desinfektoronschule an d. Desinfektionsanstalt d. Stadt Cöln im Kalenderjahre 1907. Contr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XXVII. 5 u. 6. p. 221.

Czaplewski, E., Bericht über d. Ausbildung von Krankenschwestern u. Krankenpflegepersonal in d. fortlaufenden Desinfektion an d. amtl. Desinfektorenschule d. städt. Desinfektionsanstalt zu Cöln. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XXVII. 5 n. 6. p. 225.

Dumont, H., Préservation de l'adulte dans la rue et à la maison. Belg. méd. XV. 28.

Edwards, A. D., The infant in the school medical examination. Lancet July 11.

Edwards, W. Lloyd, Medical inspection of schools. Brit. med. Journ. July 18.

Ensch, L'hygiène publique en Angleterre. Presse méd. belge LX. 16.

Flinker, Arnold, Das religiöse Fasten in hyg. u. sanitätspolizeil. Beziehung. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 2. p. 315.

Fornario, G., Contributo allo studio della disinfezione alla formuldeide: disinfezione all'autane. Rif. med. XXIV. 19.

Friedmann, Moritz, Das Trinkwasser mit besonderer Berücksicht. d. Wasserversorgung im Felde. Militärarzt XLII. 14.

Gage, George Edward, A comparative study of media for the detection of bacillus coli in drinking water. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 2.

Gastpar, Einige Bemerkungen zu d. Entwurf einer Dienstanweisung für Schulärzte. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 20.

Gemünd, Wilhelm, Beiträge zur Kenntniss der grossstädt. Luftverunreinigung u. d. Grossstadtklimas auf Grund von Untersuchungen mit d. *Aitken*'schen Staubzählers. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 3. p. 401.

Gerlach, V., Ueber d. Ausnutzung von thier. u. pflanzl. Fett im menschl. Organismus. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 2. p. 102.

Ginestous, Etienne, Le procès du gaz pauvre. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 14. Juillet.

Graanboom, J., Het afmeten der hussenmelk. Nederl. Weekbl. II. 2.

Grant, C. Graham, A few cases of compressed-air illness. Brit. med. Journ. June 27.

Grun, H., Ergebnisse d. Waldschule. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XXVII. 5 u. 6. p. 200.

Gröhant, N., Précautions à prendre avant de laisser pénétrer des ouvriers dans des fosses ou de puits. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 26. p. 783. Juin 30.

Gruber, Max, Nochmals der Fleischsaft Puro. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Guillon, A., Construction d'une formation sanitaire, sémi-permanente et organisation du service de santé au chemin de fer de la Guinée française de 1904 à 1905. Ann d'Hyg. 4. S. IX. p. 46. Juillet.

Hanauer, W., Gesundheit im Kleingewerbe. Aerztl. Sachverst.-Ztg. 3.

Hananer, W., Die Hygieine d. Heimarbeit. Soc. Med. u. Hyg. III. p. 181.

Hladik, Jaroslaw, Massenerkrankungen in der Armee durch Nahrungsmittel. Militärarzt XLII. S. 9.

Horwitz, Ludwig, Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiss. Münchn. med. Wchnschr. LV. 22.

Hulshoff Pol, J., en W. A. Betz, Anophelesbroedplaatsen op de terreinen van het krankzinnigengesticht te Buitenzorg en de maatregelen daartegen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 2. blz. 124.

Digitized by Google

Ingram, James H., The opium habit in North China. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 6. p. 401. June.

Iverson, Christine, The relation of total acidity to the bacterial content of rural city milk. Physic. a. Surg. XXX. 4. p. 157.

Kassowitz, Max, Der theoret. Nährwerth des Alkohols. Therap. Monatsh. XXII. 6. 7. p. 285. 355.

Kaufmann, Experiment. Prüfung d. Desinfektionswerthes von Rohlysoform f. d. Wäsche u. d. Autans f. d. Wohnräume Tuberkulöser. Ztschr. f. Tuberk. XII. 5. p. 393.

Kaupe, Walther, Impfschutzverband. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 14.

Kisskalt, Karl, Untersuchungen über d. Mittagessen in verschied. Wirthschaften Berlins. Arch. f. Hyg. LXVI. 3. p. 244.

Knoepfelmacher, Wilhelm, Die Vaccineprobe mittels subcutaner Injektion h. Kuhpockenkranken. Münchn. med. Wchnschr. LV. 21.

Krautwig, Schule u. ansteckende Krankheiten. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XXVII. 3 u. 4. p. 99.

Kuenen, W. A., Onderzoek van het leidingwater van Maatschappij „Ajer Beresih" te Medan. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 2. blz. 234.

Kuenen, W. A., Bereiding van koepokstof. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 2. blz. 243.

Landmann, P., Ein seltener Fall von Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiss, nebst Beitrag zur Würdigung des Fleischsaftes Puro. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Landouzy, L'alimentation rationelle. Progrès méd. 3. S. XXIII. 24.

Landsberger, Zur Wohnungsfrage. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 2. p. 257.

Lehmann, K. B., Ueber d. Fähigkeit d. Schweissaufnahme von Wolle u. Baumwolle, nach in Gemeinschaft mit *Johann Siegler* angestellten Versuchen. Arch. f. Hyg. LXVI. 4. p. 297.

Levy, J., Zur Beurtheilung d. Wirkung d. Laetobacillins u. der Yoghurtmilch. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 19.

Liefmann, H., Ueber d. Raucb- u. Russfrage, insbesond. vom gesundheitl. Standpunkte u. eine Methode d. Russnachweises in d. Luft. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 2. p. 282.

Mc Laughlin, W. B., A new and efficient method of room desinfection. New York med. Record LXXIV. 3. p. 104. July.

Marcuse, Julian, Arbeiterwohnungen in England. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 2. p. 360.

Marcuse, Julian, Grundzüge einer sexuellen Pädagogik in d. häusl. Erziehung. München. Verl. d. ärztl. Rundschau (Otto Gmelin). 8. 45 S. 1 Mk. 20 Pf.

Mattnuschek, Emil, Einiges über d. Degeneration d. bosnisch-herzegowinischen Volkes. Jahrbb. f. Psych. XXIX. 1. p. 134.

Marschik, Hermann, Vaccine d. Mund- u. Rachenschleimhaut. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 22.

Meyer, Georgo, u. A. Loewy, Ueber d. manuelle künstl. Athmung Erwachsener. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Maynard, G. D., Public health and the school. Transvaal med. Journ. III. 11. p. 279. June.

Micko, Karl, Ueber d. Vorkommen von Monaminosäuren im Fleischextrakt. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 2. p. 180.

Mummery, N. Howard, Diving and caisson disease. Brit. med. Journ. June 27.

Neisser, M., Ueber 2 Hausapparate zur Ozonisirung von Wasser. Arb. a. d. Inst. f. experim. Ther. zu Frankf. a. M. 4. p. 79.

Pfahl, Erfahrungen über Verletzungen durch Blitz u. Elektricität. Deutsche med. Wchnschr. XXXIX. 29.

Pfeiffer, A., 23. Jahresber. über d. Fortschr. u. Leistungen auf d. Gebiete d. Hygieine, begründet von *J Uffelmann*. Jahrg. 1906. [Suppl. z. deutschen Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XXXVIII.] Braunschweig. Friedr. Vieweg u. Sohn. Gr. 8. X u. 593 S. 14 Mk.

Poyet, Hygiène du chanteur. Bull. de Thér. CXV. 19. p. 736. Mai 23.

Prölss, F., Beobachtungen auf d. 3. allgem. milchwirthschaftl. Congress im Haag. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 2. p. 369.

Rilliet, Frédéric, 2 procédés simples de désinfection par l'aldéhyde formique (Autane et permanganate de potasse—formaline). Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 5. p. 358. Mai.

Rosenau, M. J., and Geo. W. Mc Coy, The germicidal property of milk. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. 3. p. 68.

Rubner, Max, Probleme d. Wachsthums u. d. Lebensdauer. Beibl. z. d. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 3. p. 58.

Rubner, Max, Theorie d. Ernährung nach Vollendung d. Wachsthums. Arch. f. Hyg. LXVI. 1 u. 2. p. 1.

Schmidt, W. A., Woraus besteht Fleischsaft Puro? Med. Klin. IV. 21.

Schmidtmann, Die Entwickelung, Aufgaben u. Ziele d. königl. preuss. Versuchs- u. Prüfungsanstalt f. Wasservorsorgung u. Abwässerbeseitigung. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 2. p. 39.

Schöppler, Hermann, Eine Belehrungsschrift über Schutzblattern aus d. vor. Jahrhunderte. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 7.

Schouten, Joh. P., Dood tengevolge van besmetting met vaccine. Nederl. Weekbl. I. 19. blz. 1492.

Schröder, G., Ueber einen neuen Apparat zur Sputumdesinfektion. Ztschr. f. Tuberk. XII. 4. p. 299.

Selig, Sport u. Herz. Fortschr. d. Med. XXVI. 20. p. 621.

Selter, XIV. internat. Congress f. Hygieine u. Demographie in Berlin vom 23. bis 29. Sept. 1907. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XXIII. 3 u. 4. p. 127.

Simon, A., L'huitre ne propage pas la fièvre typhoide, mais la transmigration macroscopique des germes pathogènes excrémenteux par les installations sanitaires actuelles, offre le plus grand danger pour la salubrité publique. Presse méd. belge LX. 23. 24.

Sternberg, Wilhelm, Diätetische Kochkunst. I. Gelatinespeisen. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. 113 S. mit 21 Abbild. u. 10 Tafeln im Text. 2 Mk. 20 Pf.

Sternberg, Wilhelm, Appetitlichkeit u. Unappetitlichkeit. München. med. Wchnschr. LV. 23.

Stokvis, C. S., Vormeerderingen van typhoidbacillen in melk bij zomertemperatuur. Nederl. Weekbl. II. 3.

Vandegrift, Geo. W., The new school hygiene. New York med. Record LXXIII. 24. p. 986. June.

Wandel, Arthur, Ueber d. Schlafburschenwesen u. über Ledigenheime vom Standpunkte d. öffentl. Gesundheitspflege. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 3. p. 483.

Wehmer, R., Hygiein. Rückblicke aus England. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 3. p. 430.

Weiss, Siegfried, Zur Frage d. Rohmilchernährung. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 4.

Weiss, Siegfried, Melkgarnitur zur hyg. Kindermilchgewinnung im Kleinen. Beibl. zu d. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 4. p. 106.

Westermarck, Eduard, Moralbegriffe über Ehelosigkeit. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. V. 2. p. 221.

Weyl, Th., Die Assanirung von Düsseldorf. Leipzig. Wilh. Engelmann. Gr. 8. 178 S. mit 96 Abbild. im Text u. 8 Tafeln. 14 Mk.

Winkler, Heinrich, Zur Hygieine der Geschlechtsorgane. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 27.

Wright, H. J. B., Some experiences of a health officer. Calif. State Journ. of Med. VI. 6. p. 203. June.

S. a. I. Southword, Van Ilyke. II. Mendel, Pletnow. III. Rosonnu. IV. 2. Beckor, Dnuwe,

Digitized by Google

Friberger, Iny, Konrich, Lampens, Landouzy; 5. Alhu; 11. Schlasberg. V. 1. Ahlfeld. VIII. *Kinderernährung.* XI. Barth. XIX. Koenig.

XVI. Staatsarzneikunde. Gerichtliche Medicin. Unfall-Heilkunde.

Bocker, L., Die Simulation von Krankheiten u. ihre Beurtheilung. Unter Mitwirkung von *Arthur Hartmann, Friedrich Lippmann, Ewald Stier* u. *Karl Wessely.* Leipzig. Georg Thieme. Gr. 8. VIII u. 298 S. 8 Mk.

Békéss, Alndár, Begutachtung von Unfallschäden. Ztschr. f. Eisenbahnhyg. IV. 4 u. 5. p. 73.

Berze, Joaef, Ueber d. Verhältniss d. geistigen Inventars zur Zurechnungs- u. Geschäftsfähigkeit. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 95 S. 2 Mk. 80 Pf.

Bordns; Bouchacourt et Vaillnnt, Radiographie des nouveau-nés et docimasie pulmonaire. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 65. Juillet.

Brissnud, f.'état anterieur dans les accidents du travail. Belg. méd. XV. 16.

Brouardel, G., Le médecin et les accidents du travail. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 379. Mai.

Brouardel, Georges, Application de la loi sur les accidents du trnvail. Aun. d'Hyg. 4. S. IX. p. 5. Juillet.

Chavigny, Les analgésies-anesthésies; leur diagnostic medico-légal. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 498. Juin.

Cowing, Rufus B., Expert testimony. New York a. Philad. med. Jonrn. LXXXVII. 23. p. 1067. June.

Cramer, A., Psychintr. Winke zur Strafrechtsreform. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Dieulafoy, Escares multiples et récidivantes depuis $2^1/_2$ ans nux 2 hras et au piod; amputation du bras gaucho; discussion sur la nature des escares; pathomimie. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 23. p. 65. Jnin 9.

Drew, C. A., An insano (?) malingerer. Amer. Journ. LXIV. 4. p. 669. April.

Dreyer, Mittheilungen aus d. gutachtl. Praxis. Mon.-Schr. f. Unfallheilkde. XV. 5. p. 142.

Fraenkel, Paul, Was bedentet „Vollendnng d. Geburt" im Sinne von § 1 d. hürgerl. Gesetzbuches? Vjhrschr. f. gerichtl. Med. XXXVI. 1. p. 1.

Frnnk, Paul, Gewöhnnng an Unfallsfolgen als Besserung im Sinne d. § 88 d. Gewerbeunfallsversicherungsgesetzes. Med. Klin. IV. 22.

Frank, Paul, Entscheidungen d. Reichsversicherungsamtes gegen ärztl. Gutachten. Med. Klin. IV. 27.

Giraud, A., La question de la responsahilité d'après les dernières puhlications de M. *Grasset* ot de M. *Mairet.* Ann. méd.-psychol. 9. S. VIII. 2. p. 15. Juillet—Août.

Hoffmann-Paravicini, A., Seltener Fall von Unfallsimulation. (Simulirte Folgen von Hirnerschütterung.) Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 12. p. 396.

Kalmus, Ernst, Die vorübergehenden Geistesstörungen u. ihre forens. Bedontung. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 21.

Kornfeld, Hermann, Schwere Körperverletzung; abortives Delirium potatorum oder fehrile? Arch. f. Psychol. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 576.

Kurpjuwoit, G., Ein Beitrag zur Frage d. Selbstordrosselung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. XXXVI. 1. p. 81.

Loroy, Raonl, La responsahilité et l'hystérie. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 402. Mai.

Lösener, Ueber d. Tod durch Erwürgen vom gerichtsärztl. Standpnnkte. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. XXXVI. 1. p. 10.

Longard, Joh., Ueber strafrechtliche Reformbestrebungen im Lichte d. Fürsorge. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 20 S. 50 Pf.

Mnrx, Hngo, Der criminelle Ahort. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 20.

Pilcz, Alexander, Spec. gerichtl. Psychiatrie. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. Gr. 8. VII u. 216 S. 5 Mk.

Ronon, C., et Vlndoff, Les amnésies asphyctiques par pendaison, strangulation, submersion etc. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 385. Mai.

Rhodes, Ino. Milson, The mentally defective in prison. Brit. med. Journ. June 27.

Rooney, R. F., Weber murders. Was Adolf Weber insane? Calif. State Journ. of Med. VI. 5. p. 168. Mny.

Schwarz, Eduard, Zur Reform d. Unfallversicherungsgesetze. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 7. p. 195.

Soergel, Operation ohne Einwilligung, bez. Zustimmung d. Pat. oder seines gesetzl. Vertreters. Med. Klin. IV. 30.

Soutzo et P. Dimitreaco, D'uno classe d'alcooliques chronics amoraux, envisagée au poind do vue de la responsahilité légalo. Ann. méd.-psychol. 9. S. VII. 3. p. 383. Mai-Juin.

Stein, Emil, Gerichtsärztl. Untersuchung b. Beweissicherung im Vaterschaftsstreit. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 26.

Sury, Knrt von, Ueber d. fragl. Beziehungen d. sogen. Mors thymica zu d. plötzl. Todesfällen im Kindesalter. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. XXXVI. 1. p. 88.

Thoinot, Blessures et mntilations suhies par les cadavres des noyés pendant leur séjour dans l'eau. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 24. Juillet.

Wnng-in-Hoai, Gerichtl. Medicin d. Chinesen. Nach d. holländ. Uebersetzung von *C. F. M. de Grys*, hornusgeg. von *H. Bartenstein.* Leipzig. Grieben's Verl. (L. Fernau). 8. VII u. 174 S. 4 Mk.

Weinberg, Siegfried, Ueber d. Einfl. d. Geschlechtsfunktionen auf d. weibl. Criminalität. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 38 S. 1 Mk.

Windscheid, Rente wegen Simulation abgelehnt. Med. Klin. IV. 29.

S. a. II. Bonle, Brosler. IV. 3. Baumann; 8. Knapp, Oberndörffer, Schönfeld. VII. Sury. IX. Kalmus, Leonhard, Mönkemöller, Weygandt, Wilmanns.

XVII. Militärärztliche Wissenschaft.

Deolomnnn, Vorschlage zur Verbesserung d. Verbandpäckchens f. d. Feldsoldaten. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 24. p. 741.

Fischer, H., Das deutsche rothe Kreuz im russ.-japan. Kriege. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Hahn, Der deutsche Kriegs-Sanitätsdienst. Militärarzt XLII. 10. 12.

Lejnrs, F., Ce que l'on peut penser de la guerre moderne et do la chirurgio de guorre, d'aprés la campagne Russe-Japonnnise. Semaine méd. XXVIII. 20.

Polanski, Wassa Miohnjlowitsch, Das Militärsanitätswesen in Serhien. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19.

Schmidt, Georg, Das Heeressanitätswesen während d. Jahre 1906 u. 1907. Berl. klin. Wchnschr. XLX. 25.

Schwarz, Albort, Selhsthülfe. Militärarzt XLII. 8.

Senn, Nicholas, Tho dawn of military surgery. Snrg., Gyn. a. Obst. VI. 5. p. 477.

Steiner, Johann, Der Sanitätsdienst im Kampfe um Porth Arthur. Militärarzt XLII. 12.

Tsuznki, J., Das Militärsanitätswesen in Japan. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30.

S. a. III. Horinchi. IV. 2. Bass, Bnssett, Hoorn, Hrach; 8. Mattauschek. IX. Meltzor. XV. Friedemann, Hladik.

XVIII. Thierheilkunde. Veterinärwesen.

Brandts, C. E., Ueber ein hämorrhag. Lymphangiom d. Hundemilz. Frankf. Ztschr. f. Pathol. II. 1. p. 180.

Dexler, H., Ueber d. Vorkommen von Psychosen b. d. Säugethieren. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 21.

Grünhamm, Albert S., Ein Myom d. Darmes b. einem Rhesus. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 10.

Heymans, Ueber Tuberkuloseschutzimpfung b. Rinde. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25.

Iselin, Hans, Tetanie jugendl. Ratten nach Parathyreoidektomie; Steigerung d. tetan. Reaktionsfähigkeit jugendl. Ratten b. Nachkommen parathyreoidektomirten Ratten. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. p. 397.

Klimmer, Das Dresdner Verfahren, Rinder mit Hülfe nicht infektiöser Impfstoffe gegen Tuberkulose zu immunisiren. Ztschr. f. Thiermed. XII. 2 u. 3. p. 81.

Klimmer, Tuberkuloseschutzimpfung d. Rinder mit nicht infektiösen Impfstoffen. Ztschr. f. Tub. XII. 5. 6. p. 353. 487.

Kutschera, Fritz, Eine spontane Streptokokkenepidemie unter weissen Mäusen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 8.

Lipschütz, B., Untersuchungen über Epithelioma contagiosum d. Vögel. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 47.

Sabrazès, J., et Lafon, Granulose de la lèvre à mastzellen et à éosinophiles chez une cheval. Fol. haematol. VI. 1. p. 3.

Springofeldt, F., Ueber Thierkrankheiten im Gebiete d. Bakosi (Kamerun). Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 11. p. 360.

Zimmermann, Ueber Farbengeschwülste d. Pferde. Ztschr. f. Thiermed. XII. 2 u. 3. p. 170.

Zimmermann. Mittels Alkoholinjektionen geheilter Nabelbruch. Ztschr. f. Thiermed. XII. 2 u. 3. p. 187.

S. a. II. *Zoologie, Zootomie, Physiologie, vergl. Anatomie.* III. *Thierversuche, vergl. Pathologie.* IV. 2. Ashburn; 11. Hoffmann. XIII. 2. Jeronimus.

XIX. Medicin im Allgemeinen. Ausbildung der Aerzte. Standesinteressen. Hospitäler. Volksschriften. Statistik. Krankenpflege.

Adams, H. Percy, Notes on the construction of cottage hospitals. Brit. med. Journ. June 20.

Aerztetag, 36., zu Danzig, 26. u. 27. Juni. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27. 28. 29. — Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 27. 28. 29.

Boale, E. Clifford, General hospitals and the provident system. Brit. med. Journ. 20.

Becker, Hane, Kranken- u. Medikamentcontrole b. d. Eisenbahnbetriebskrankenkassen. Ztschr. f. Eisenbahnhyg. IX. 4 u. 5. p. 80.

Bergeat, Zum Entwurf d. Gesetzes zur Einschränkung d. Kurpfuscherei u. d. Geheimmittelschwindels. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Burger, H., De kwakzalverij en de pers. Nederl. Weekbl. I. 23.

Burger, H., Het polikliniekvraagstuk. Nederl. Weekbl. I. 24.

Burger, H., Di nieuwere klinieken te *Utrecht*. Nedorl. Weekbl. I. 25.

Burlingham, L. H., The tent ward at the *Massachusett's* general hospital. Bostou med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 616. May.

Burrell, Herbert L., A new duty of tho medical profession: the education of the public in scientific medicine. New York med. Record LXXIII. 23. p. 925. June.

Collet, F. J., Vieilles doctrines, erreurs utiles. Revue de Méd. XXVIII. 7. p. 587.

Congress, 1. internat., f. Rettungswesen zu Frankfurt a. M. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Embden, Oscar, Vertrauensärztl. Untersuchungen f. Lebensversicherungs-Gesellschaften. Ztschr. f. Versich.-Med. I. 1.

Encyklopädie d. prakt. Medicin. Herausgegeben von *M. T. Schnirer* u. *H. Vierordt*. 19. Lief. Wien u. Leipzig. Alfred Hölder. Lex.-8. IV. Bd. Sp. 801—1120.

Erblichkeit s. II. *Ziermer*. IV. 8. *Kollarits, Osler*; 10. *Da Costa, Notthaft*; 11. *Bartel, Buc*. X. *Best*. XI. *Hammerschlag*.

Flügge, Ist d. Unterhaltung einer Klinik eine gewerbl. Thätigkeit im Sinne d. Reichs-Gewerbeordnung? Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 21.

Flügge, Rechtsfragen f. d. ärztl. Praxis. Deutsche med. Wchnschr. XXXV. 28. 29. 30.

Fonahn, Adolf, Forskjellige tiders ideer om sygdommenes aarsager og væsen. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 6. s. 509.

Goldwater, S. S., The unfinished business of general hospitals. New York med. Record LXXIII. 24. p. 978. June.

Grenzgebiete in d. Medicin. 14 Vorträge, herausgeg. von *R. Kutner*. Jena. Gustav Fischer. 8. 447 S. 6 Mk.

Harrington, Thomas F., The sanctity of medicine. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 2. p. 31. July.

Henius, Vom 36. deutschen Aerztetage. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 27.

Jahrbuch d. prakt. Medicin, herausgegeben von *J. Schwalbe*. Jahrg. 1908. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. VIII u. 655 S. mit 54 Abbild. u. 2 Tafeln. 15 Mk. 40 Pf.

Jahresbericht über d. Leistungen u. Fortschritte d. gesammten Medicin. Herausgeg. von *W. Waldeyer* u. *C. Posner*. XLII. Jahrg. Bericht f. d. J. 1907. I. I. 2. Berlin. Aug. Hirschwald. Lex.-8. 561 S.

Jonas, H. Macnaughton, The debt of medicine and surgery to chemistry. Folia therap. II. 2. p. 41.

Irish, R. H., The relation of the general practitioner to the specialist and laboratorium worker. Albany med. Ann. XXIX. 5. p. 403. May.

Knopf, S. Adolphus, Some toughts on the etiology, prophylaxis and treatment of the social ill. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 18. p. 819. July.

Koenig, Harry, Aerztl. Missien u. Tropenhygieine. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 20.

Krämer, Die Medicin d. Truker. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 14. p. 453.

Kuntzen, Die Versicherungskasse f. d. Aerzte Deutschlands u. Aehnliches. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Laquer, B., Ueber d. Versorgung von Krankenhäusern u. Heilstätten mit guten Büchern. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25.

Lennander's utgifna skrifter. Upsala läkareförens. förh. N. F. XIII. 5. S. XXV.

Magen, O., Ueber den jetzigen Stand der freien Arztwahl in Deutschland. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 24.

Mamlock, Zur med. Nomenclatur. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Müller, Friedrich, Social legislation in Germany and its relation to the practice of medicine. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 21. p. 785. May.

Nenmann, Zum Kurpfuschereigesetz. Med. Klin. IV. 18.

Nenstättor, Otto, Vorschläge zu d. vorläuf. Entwurf eines Gesetzes betr. d. Ausübung d. Heilkunde durch nicht approbirte Personen u. d. Geheimmittelverkehr. Münchn. med. Wchnschr. LV. 26.

Oppenheimer, L. S., Some incongruities in the medical profession. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 20. p. 941. May.

Osler, William, On the function of an outpatient department. Brit. med. Journ. June 10.

Pépin, R., De l'emploi du Grec dans la langue médicale. Revue de Méd. XXVIII. 7. p. 638.

Pistor, M., Geschichte d. preuss. Medicinalverwaltung. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesdhpfl. XL. 2. 3. p. 225. 500.

Post, Abner, The hospital in relation to the community. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 22. p. 823. May.

Rabe, Alexander, Socialmed. Auskunftsstellen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23.

Rankin, Guthrie, Home hospitals for the middle classes. Brit. med. Journ June 20.

Real-Encyklopädie d. gesammten Heilkunde. Herausgeg. von *Albert Eulenburg*. IV. Band: Diphtherie—Fibrom. 4. Aufl. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Lex.-8. IX u. 872 S. mit 163 Abbild. im Text, 2 schwarzen u. 6. farb. Tafeln.

Robin, R. F., The promotion of uniformity in the registration of diseases in hospitals. Brit. med. Journ. June 20.

Schütt, Edward, Aerztl. Verhältnisse in Australien. Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Schwalbe, J., Aus d. med. Publicistik. Deutsche mod. Wchnschr. XXXIV. 23.

Shaw, Lawriston E., The future of the voluntary hospital and its relation to a reformed poor-law medical service. Brit. med. Journ. June 20.

Sievers, R., Frågan om nybyggnader för universitetsklinikerna. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 514. Mai.

Soergel, Abtretung d. Praxis gegen Entschädigung. Med. Klin. IV. 26.

Sonbeyran, Les frontières de la médecine et de la chirurgie. Gaz. des Höp. 63.

Tabel van doodsorzaken voor het hospitaal der Deli-Maatschappij te Medan. 1907. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 2. blz. 247.

Thayer, William Sydney, On some relations of the physician to the public. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 24. p. 887. June.

Tücker, Willis G., On the character of the State Board examinations and the competency of state medical examinating boards. Albany med. Ann. XXIX. 7. p. 549. July.

Ungor, Ernst, Ist d. Unterhaltung einer Klinik eine gewerbl. Thätigkeit im Sinne d. Reichsgewerbeordnung. Mit Entgegnung von *Flügge*. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25.

Vollmann, Auftakt zum Aerztetag. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24.

Ward, Henry B., The standard of medical education. New York med. Record LXXIV. 3. p. 85. July.

Worster, W. Parker, The convalescent period, and its successful management. New York med. Record LXXIII. 23. p. 942. June.

Zinner, Franz, Das Privatbeamtenversicherungsgesetz u. d. Aerzte. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 22.

S. a. IV. 8. Hogener; 11. Brandweiner. XV. Mattauschek

XX. Med. Geographie, Geschichte, Bibliographie, Biographien.

Agramonte, Aristides, An account of Dr. *Louis Daniel Beauperthuy*, a pionneer in yollow fever research. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 25. p. 927. June.

Anders, James X., A brief clinical review of a years progress in tropical medicine. New York a. Philad. med. Jonrn. LXXXVII. 10. p. 815. May.

Åkerman, J., Om kirurgie magistergraden. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 481.

Ashford, Bailey K., Puerto Rico as a field for research in tropical medicine. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 26. p. 1236. June.

Bergmeister, Otto, *Gerhardt van Swieten*. Wien. klin Wchnschr. XXI. 19.

Blumenfeld, *Leopold von Schroetter*. Ztschr. f. Laryngol. u. Rhinol. I. 2. p. 141. a.

Camerer, W., *Karl Voit*. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 19.

Camerer, W., *Gustav Hüfner*, Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 19.

Chatard, J. A., Avicenna and Arabian medicine. Bull. of the John's Hopkins Hosp. XIX. 207. p. 157. June.

Colline, Joseph, The miracles at the tomb o. *B. François* de Paris. New York med. Record LXXIV. 1. p. 1. July.

D., K. Obermed.-Rath Dr. *Gregor Schmitt* in Würzburg. Münchn. med. Wchnschr. LV. 25.

Dahlgren. Karl, *K. G. Lennander*. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19.

Deichert, H., Geschichte d. Medinalwesens im Gebiete d. obemaligen Königreichs Hannover. Hannover u. Leipzig. Hahn'sche Buchhandl. 8. X u. 356 S. 7 Mk.

D'Espine, Ad., Jean Jaques Rousseau et Deses-sartz. Bull. de l'Acad. 3. S. LIX. 22. p. 605. Juin 2.

Driaon, Un traitement médical au XVIIe. siècle (pnonmonie?). Lyon med. CX. p. 1269. Juin 15.

Dunton jr., W. R., Further note on Mrs. *Packard*. Bull. of the John's Hopkins Hosp. XIX. 208. p. 192. July.

Ebstein, Wilhelm, Dr. Martin Luther's Krankheiten u. deren Einfluss auf seinen körperl. u. geistigen Zustand. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. 64 S. 2 Mk.

Ebstein, Wilhelm, Die Heilkraft der Könige. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25.

Fein, Johann, *Leopold Schrötter*, Ritter *von Kristelli*. Wien. klin. Rundschau XXII. 20.

Fleischmann, *Leonardo Gigli*. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25.

Fürst, Carl M., Anatomisk dissektion förrättad af *Johan Jacob Döbelius* 1699 i Malmö. Hygiea 2. F. VIII. 5. s. 469.

G., K., *Valdemar August Wahlgren*. Upsala läkareförens. förh. N. F. XIII. 5. s. XXXVII.

Geijl, A., Briefwiseling tusschen *Petrus Camper* en *Albrecht Titsingh* over regt en dwarsgeklert hoofden. Nederl. Weekbl. II. 4.

Grossmann, M., *Leopold Schrötter* Ritter *von Kristelli*. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 5.

Grossmann, M., *Leopold von Schrötter*. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Helot, Trailement des sinusites maxillaires au XVIIIme siècle. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 3. p. 866.

Holländer, Eugen, Die 3 Gesichter des Arztes. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 19.

Hoppe, Hugo, Geh. Medicinalrath Dr. *Baer*. Münchn. med. Wchnschr. LV. 19.

Hopstock, Holfton, Prof. Dr. med. *G. A. Guldberg*. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 5. s. 413.

Howe, G. P., Medical notes on northern Alaska. Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 21. p. 794. May.

J., K., Prof. *Karl Gustaf Lennander*. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 5. s. 498.

Jeraol-Rosenthal, *Andreas Schütz. Plus Brünniche*, 25. Jan. 1823—6. Juni 1905. Hosp.-Tid. 5. R. I. 25.

Kermorgant, L'assistance médicale indigène à Madagascar. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 506. Juin.

Killian, Gustav, *Leopold von Schrötter*. Ztschr. f. Ohrenhkde n. s. w. LVI. 1. p. 84.

Knott, John, Dies caniculares. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 3. p. 99. July.

Kohut, Adolph, Immanuel Kant als Arzt u. Apotheker. Med. Klin. IV. 24.

Kohut, Adolph, Königin Sophie Charlotte von Preussen u. d. kurfürstl. hannoversche Leibarzt Dr. *Brandau August Comerding*. Med. Klin. IV. 29.

L., Th., *Oscar Liebreich*. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 28.

Mamlock, Die Entdeckung d. Auskultation. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 21.

Martin, L., Ein Jahr ärztl. Praxis auf Celebes. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 9. p. 273.

Mears, J. Ewing, Modern medicine and surgery in the orient. Boston med. and Surg. Journ. CLVIII. 24. p. 894. June.

Nagel, W., *C. J. Cullingworth.* Berl. klin. Wchnschr. XLV. 23.

Nekrolog über *Karl Gustaf Lennander.* Finska läkaresällsk. handl. L. s. 662. Jnni.

Neuburger, Max, Geschichte d. Medicin. II. Bd. 1. Hälfte. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. 229 S. 5 Mk. 40 Pf.

Novy, Frederic C., *Zina Pitcher.* Physic. a. Surg. XXX. 2. p. 49.

Oberndorffer, *Eugen Albrecht.* Münchn. med. Wchnschr. LV. 29.

Payr, Erwin, Zur Erinnerung an *Aldo Martina.* Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 6. p. 585.

Peixoto, Afranio, Climat et maladies du Brésil. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 353. Mai.

Perko, Franz, *Friedrich Janeczek.* Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 22.

Quénu, E., *Felix Terrier.* Revne de Chir. XXVIII. 5. p. 585.

Robin, A., *John S. Dorsey;* the secret of his success. Bull. of the John's Hopkins Hosp. XIX. 206. p. 127. May.

Roth, Wilhelm, *Leopold v. Schrötter.* Med. Klin. IV. 19.

Schön, Theodor, Weitere Nachrichten über d. Fürsorge der Grafen u. Herzöge von Württemberg für das Medicinalwesen. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 17. 22.

Schultz, Oscar T., *Fritz Schaudinn.* Bnll. of the John's Hopkins Hosp. XIX. 207. p. 169. June.

Schultze, O., *Franz von Leidig.* Münchn. med. Wchnschr. LV. 18.

Shattock, Frederic C., *Theodore Tronchin* 1709—1782.
Boston med. a. Surg. Journ. CLIX. 1. p. 1. July.

Stone, A. K., *Reginald Heber Fitz.* Boston med. a. surg. Journ. CLVIII. 19. p. 605. May.

Tafel, Alfred, Ueber Tibet. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 30.

Veiel, Th., Ueber amerikan. Reiseeindrücke auf d. Gebiete d. Medicin. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 26.

Wettoror, *Oskar Lassar.* Arch. f. physik. Med. u. med. Tcchn. III. 2. p. 138.

Wierfield, James Macfarlane, A biographical sketch of *George Huntington.* Neurographs I. 2. p. 89.

Zachrisson, Fredrik, *Karl Gustaf Lennander.* Upsala läkarefören. förh. N. F. XIII. 5. s. III.

S. a. II. Forel. IV. 2. Bannermann, Friedrichsen; 10. Castellani; 11. Zechmeister; 12. Waldow. V. 1. Clermont, Denoffe; 2. a. Perkinson. VI. Jullien. VIII. Dardel, Johannessen, Orgler, Phillips. XI. Imhofer. XII. Paulsen. XV. Schöppler.

Sach-Register.

Abort, künstlicher 246. (wegen psychischer Krankheiten) 246. 247. — S. a. Frühgeburt.
Abortzange 247.
Abreibung s. Theilabreibung.
Abscess, metastatischer paranephritischer 18. 19. —, renaler, perirenaler 19. —, solch. d. Lunge 95. —, congestiver 97. —, tuberkulöser (Behandlung) 151. —, peritonsillärer 186. —, periostaler d. Unterkiefers 186.
Abstinenzdelirien 157.
Abtonau, Bad, 10.
Achillessehnenreflex, Bedeutung 45.
Achselhöhle, breite Condylome 191.
Acidum s. Carbolsäure; Citronensäure.
Addison'sche Krankheit s. Morbus Addisonii.
Adenom, d. Uterus (malignes) 199. (diffuses) 201.
Adenomyom, multiples d. Uterus in carcinomatöser Degeneration 201.
Aderhaut s. Chorioidea; Chorioiditis.
Aderlass, Indikationen (von *C. Reitter*) 271.
Adnexerkrankung, tuberkulöse 82. —, Heilung auf antiluetische Behandlung 198.
Adrenalin, Anwendung in d. Dermatologie 74. —, Einwirkung auf d. Niere 228.
Aegypten. Klima u. hygieinische Einrichtungen 17.
Aethylalkohol, Wirkung auf Bakterien 267.
Aetzmittel, Wirkung auf d. Uterusschleimhaut 198.
Affe, experimentelle Tuberkulose 53. 57. —, Impfsyphilis 76. 79. 80.
Agglutinine, solche im Serum d. Phthisiker 57. —, Bildungsstätte specifischer 147.
Aggressin, Wirkungsweise 38.
Agraphie, linkseitige b. rechtseitiger Lähmung 46.
Aktinomyceten, Beziehung zu Tuberkelbacillen 41.
Aktinomykose d. Lunge 96.
Albuminurie n. Tuberkulose 184.
Alexine, Präexistenz ders. im Blute 39.
Alkaptonurie 242.
Alkohol, Bedeutung f. d. Lungentuberkulose 55. 63. —, Einwirkung kleinster Mengen auf d. Organismus 103. —, Hautdesinfektion mit solch. 237. — S. a. Aethylalkohol.
Alkoholismus, Veränderungen im Centralnervensystem 157. —, klinisch-psycholog. Untersuchungen 157. —, u. Selbstmord 157. — S. a. Delirium.
Almanach Schweizer Reisen n. Kuren 10.
Alypin, Anwendung zur allgemeinen u. lokalen Anästhesie 44.
Amaurose b. Hirnkrankheiten 46. —, nach Atoxylanwendung 151. —, in d. Schwangerschaft 204. — S. a. Erblindung.
Amnisensäure, Anwendung b. Diphtherie 51. 52.
Amentia 239.
Amotio s. Retina.
Amputatio cruris osteoplastica 263. — S. a. Oberschenkel.
Amyloid in Struma 43. —, b. Phthisikern 162. 165.
Anämie, Bäderbehandlung 11. —, Nucleogeneinspritzungen 44. —, u. Tuberkulose 161. 164.
Anasthesie, Entwickelung d. allgemeinen u. lokalen 44. —, Indikationsstellung f. d. verschied. Verfahren 45. — S. a. Lokalanästhesie; Lumbalanästhesie; Narkose; Totalanästhesie.
Anaphylaxie 145. (hervorgerufen durch Organextrakt) 229. — S. a. Typhus-, Paratyphusbacillen.
Angiektasie d. Chorionzotten 249.
Angina pectoris (Behandlung) 16.
Angiokeratom 189.
Angiom d. Mund-Rachenhöhle 186. —, placentares 249.
Anschauungsbilder, subjektive optische (von *Victor Urbantschitsch*) 109.
Antifermentbehandlung d. Carcinoms 235.
Antifermententwickelung d. Blutes 139. 145.
Antiformin zur Desinfektion 236.
Antigene, specifische 146.
Antikörper, Bildung solcher b. immunisirten Thieren 39. —, solch. d. Meningococcus 40. —, Resorption rectal eingebrachter 146. —, Bildung (im jugendlichen Organismus) 146. (nach Schädigung d. hämatopoëtischen Systems) 147.
Antipyretica b. Tuberkulosen 183.
Antiseptika s. Galle; Harn.
Antitoxine, d. Choleravibrio 40. —, d. Tetanus 145. —, Gehalt antitoxischer Sera an solch. 150. — S. a. Eiweiss.
Antrum Higbmori (Eiterungen) 185.
Anurie, b. Nephrolithiasis 22. 23. 25. —, b. Nephritis 115. —, Ursache 130. 131. 132.
Anus, Veränderungen d. Hautfalten nach Syphilis 192. —, praeternaturalis 245.
Aortitis, syphilitische 192.
Apoplexie d. Nierenlagers 19. 185.
Appendicitis u. Ileocökaltuberknlose 162. 166.
Apraxie, linkseitige b. rechtseitiger Lähmung 46.
Armadipbtérine 51. 52.
Armee s. Heer.
Arsen, Einwirkung auf d. Autolyse 139. —, in d. Behandlung (experimenteller Nagana) 151. (d. Syphilis) 195. — S. a. Arsojodin; Atoxyl; Eisen.
Arsojodin 235.
Arteria, brachialis (Verlegung) 259. —, pulmonalis (Embolie) 211. 255.
Arterien, Veränderungen b. Lues 191. (b. hereditärer) 193.
Arteriitis, syphilitische 191.
Arteriosklerose, Einwirkung von Schwitzproceduren b. solch. 4. —, u. Tuberkulose 161. 164.
Arthrodese d. Schultergelenks 259.
Arthropathie, nervöse 6.
Arzt, als Erzieher d. Kindes (von *Ad. Czerny*) 223.
Assanirung von Kopenhavn (von *A. Berg* u. A., herausgeg. von *Th. Weyl*, II. Bd. 1. Heft) 272.
Asthma, bronchiales (Bronchoskopie) 73. (Entstehung, Behandlung) 152. (Inhalations-Zerstäubungsmittel) 152. (Glühlichtbader) 241. —, u. Ekzem 251.
Athemübungen b. Lungentuberkulose 181.
Athmung, künstliche 220.
Atlas s. Röntgenatlas.
Atoxyl, Wirkung b. Syphilis (b. experimenteller) 151.

(h. erworbener) 193. 194. 195. 236. (h. hereditärer) 195. —, Erblindung durch solch. 151. —, Beeinflussung bösartiger Geschwulste 235. —, Anwendung b. Tollwuth 235. —, Einfluss auf weisse Blutkörperchen 235. — S. a. Trypanosomen.
Atropin, Wirkung 142. 143. (auf d. Dünndarm) 152.
Auge, Reaktionzeiten f. d. hell- u. dunkeladaptirte 37. —, Anästhesie mit Alypin 44. —, Reaktion (auf Tuberkulin) 65. 66. 70. 71. 72. 100. 150. 210. (auf Paratuberkulin) 150. —, tuberkulöse Entzündungen 100. —, Verbrennungen 101. —, Schutz gegen ultraviolette Strahlen 101. —, Entfernung von Eisensplittern 101. —, Hygiene dess. (von *Kauffmann*) 109. —, osmotischer Druck d. Flüssigkeiten innerhalb dess. 139. —, Heissluftanwendung 217. —, Serumtherapie b. Erkrankungen dess. 217. —, Störungen in d. epithelialen Anlage 227. — S. a. Amaurose; Anschauungsbilder; Chorioidea; Cornea; Erblindung; Iris; Operationen; Ophthalmoblennorrhoe; Pupille; Retina; Sehen; Sehschärfe; Sehstörung; Stereoskopische Bilder.
Augenlid, Gumma 192.
Ausfallserscheinungen, psycho-neurotische 203.
Autan zur Desinfektion 267.
Autolyse, Einwirkung d. Arsen auf dies. 139.

Baeillen s. Diphtheriebacillen; Influenzabacillen; Perlsuchtbacillen; Tuberkelbacillen.
Bacillus subtilis (Methanaleinwirkung) 267.
Bacterium coli, Differenzirung 40.
Bad s. Dauerbad; Soolbad.
Badekuren zu Hause 9.
Bäder, Wirkung heisser u. kalter 3. 4. —, elektrische (b. Kreislaufstörungen) 5. (in d. Gynäkologie) 6. —, Wirkung (b. Nephritis) 5. (b. Typhus) 6. —, kohlensaure (natürliche) 8. (b. Herzkrankheiten) 12. — S. a. Fussbäder; Glühlichtbäder; Handbäder; Hydrotherapie; Lichtbäder; Luftbäder; Moorbäder; Ozetbäder; Schlammbäder; Schwefelbäder; Sonnenbäder.
Bäderlehre 2.
Bäderwesen u. Sanaterien 8.
Bakterien, Einwirkung d. Sonnenlichts 14. —, aggressinartig wirkende Stoffwechselprodukte 38. —, solch. d. Coligruppe 40. —, Wirkung d. Cholesterins u. Lecithins auf solch. 40. —, säurefeste 41. 267. —, Aufwärtswandern im Verdauungskanal 41. —, Anaphylaxie 229. —, anaërobe gasentwickelnde 230. —, Einwirkung (d. Aethylalkohols) 267. (d. Methanal) 267. — S. a. Bactorium; Nahrungsmittelvergiftungen; Serum.
Baktoriecidine in Perhydrasemilch 141.
Bakteriologie, angewandte 41.
Balken, Folgen seiner Zerstörung 46.
Balneographie 9. 10.
Balneologie 6—12. (allgemeine) 6. 7. 8. 9. (Beziehungen zur Chirurgie) 7. (Seereisen) 7. (Schlammbäder) 7. (natürliche kohlensaure Bäder) 8. (Moorbäder) 8. — S. a. Bäder; Hydrotherapie.
Balneotherapie, in d. Nervenheilkunde 8. —, u. Sanatorien 8. 9. —, Kuren zu Hause 9. —, b. Prostatahypertrophie 11. —, b. Scrofulose 11. —, b. Erkrankung d. Luftwege 12. —, b. chron. Nephritis 12.
Bartholinitis, Behandl. mit *Bier*'scher Stauung 197.
Bauchbruch, medianer b. Kind 251. — S. a. Hernia.
Bauchfell s. Peritonaeum.
Beckon, fötales (von *Kr. Edmund Falk*) 111. —, enges (osteoplastische Erweiterung) 206. —, schiefes nach Oberschenkelamputation 246. —, Bruch d. Hüftgelenkpfanne 262.
Bein, Behandlung (d. Brüche dess. mit Knochennaht) 215. (d. Verkürzung) 216. — S. a. Oberschenkel.
Berufsgeheimniss, ärztl. (von *Heinr. Schmidt*) 112.
Bettnässen b. retrovertirtem Uterus 84.
Bewegungsnachbild 37.
Bier'sche Stauung s. Stauungsbehandlung.
Bilder s. Anschauungsbilder; Stereoskopische Bilder.
Blase s. Harnblase.
Blennorrhoen, gonorrhoische 253. (adultorum) 217. (neonatorum) 264.
Blono-Lenicet-Salbe 217.
Blindheit s. Amaurose.
Blut, Einfluss d. Höhenklima 17. —, Kryoskopie dess. (b. Nephrolithiasis) 22. —, Opsoningehalt b. Neugeborenen 39. —, Präexistenz d. Alexins 39. —, Gerinnung 39. —, Viscosität u. Joddarreichung 44. —, Verhalten b. Meningitisformen 52. —, Nachweis von Nebennierenprodukten in dems. 139. —, Antifermentwirkung dess. 139. 145. —, Nachweis d. Toxins b. Diphtherie 149. —, Auftreten von Glykokoll in dems. 149. —, Untersuchungen b. Tuberkulösen 161. 164. (Vorkommen von Tuberkelbacillen in dems.) 161. 164. —, Reaktion d. Niere auf Verdünnung dess. 228. —, Veränderungen b. experimenteller Trypanosomiasis 231.
Blutdruck, Einfluss d. elektrischen Bades 5. —, Verhalten b. chron. Nephritis 185.
Blutgefässe, Veränderungen b. hereditärer Lues 193. — S. a. Vasoconstriktoren.
Blutkreislauf, Elektrotherapie b. Störungen dess. 5. —, experimenteller collateraler d. Niere 114. 116.
Blutschmarotzer 221.
Blutserum, phagocytosebefördernde Substanzen dess. 39. —, specifische Substanzen 53. 57. —, Untersuchungen b. Carcinom 234. — S. a. Serum.
Blutung, nach Nephrolithotomie 26. — S. a. Apoplexie; Hämaturie.
Bogenlicht, Bestrahlung b. Hauterkrankungen 187.
Beins, Anwendung b. Diphtherie 52.
Botulismus s. Nahrungsmittelvergiftungen.
Brandstiftung im hyster. Dämmerzustand 47. 49.
Bromural, schweisshinderndes Mittel 151.
Bronchektasie, fötale 42. —, b. Kind 42.
Bronchialdrüsen, Tuberkulose 64. 67. 68. 93. —, Nachweis vergrösserter 251.
Bronchitis, fibrinöse 42. 241. —, chronische 241.
Bronchophonie d. Flüsterstimme 64. 67.
Bronchoskopie, b. Lungenkrankheiten 67. —, b. Bronchialasthma 73. —, b. Fremdkörpern 213. 243.
Bronchus, Rasselgeräusche 184. —, Fremdkörperbehandlung 213. 243.
Bronze-Diabetes 149.
Brot s. Heer.
Brust, Anomalien d. oberen Apertur 55. 62. —, Tumoren 192.
Brustdrüse s. Mamma; Mastitis.
Brustkorb s. Thorax.
Brustwarze, Primäraffekt 191.

Calcaneus, Sporn 264.
Calcium, Bedeutung f. d. Knochenwachsthum 33. —, —, solch. d. Gewebe 140. —, Einfluss auf d. Diurese 153. —, u. Spasmophilie 210.
Culliphora, Larven 225.
Callus, Bedeutung d. Blutergusses f. d. Bildung dess. 215.
Calomel, in d. antisyphilitischen Behandlung 196. 197.
Canoroidin 233.
Carbol, alkoholische Lösungen 199. —, antiseptische Wirkung 236.
Carcinom, d. Haut 15. —, d. Ureters 138. —, d. Vulva 197. —, Chlorzink gegen solch. 199. —, d. Uterus 199. 200. (gleichzeitige Tuberkulose) 201. (gleichzeitiges Adenom, Psammomkörper) 201. (operative Behandlung) 202. —, multiples primäres 201. 202. —, d. Ovarium 203. —, d. Flexura sigmoidea 203. —, d. Schilddrüse 212. —, Pathogenese u. specifischer Abbau 233. —, Experimentelles 233. —, Parasiten 233. —, blutserologische Untersuchungen 234. 255. —, Heilungsvorgänge 234. —, Radiumbestrahlung 234. —, Antifermentbehandlung 235. —, Beeinflussung (durch Atoxyl) 235. (durch fremdartiges Eiweiss) 235. (durch Placentablut) 235. —, Blitzbehandlung 256. —, solch. d. Mamma 257, —, d. Scrotum 257.

Casein, Zusammensetzung 33. —, Polypeptidphosphorsäure 140.
Cataracta juvenilis 227.
Catgut, Untersuchungen 94. — S. a. Jodcatgut; Silbercatgut.
Cellotropin b. Tuberkulose 182.
Centralnervensystem, Veränderungen b. Hysterie 47. 49. —, perivaskuläre Plasmazelleninfiltration b. alkoholisirtem Thier 156. —. Anatomie dess. b. Elephas indicus (von *Dexler*) 268. — S. a. Nervensystem.
Cerebrospinalflnesigkeit s. Liquor.
Chininphytin 152.
Chinintannat 43.
Chinolincarbonsäure, Wirkung auf d. Ausscheidung d. Harnsäure 153.
Chinosol, antiseptische Wirkung 236.
Chirocoter 197.
Chirurgie, Beziehungen d. Balneologie zu ders. 7. —, d. Lunge 95. 96. —, allgemeine (von *Edmund Leser*, 2. Aufl.) 108. —, specielle (von *Edmund Leser*, 8. Aufl.) 109. — S. a. Niere; Ureter.
Chloralhydrat, Entgiftung 151. —, Behandlung d. Scharlach mit solch. 159.
Chlorgas, Lungentuberkulose nach Vergiftung mit solch. 55. 63.
Chlorose, Nucleogeneinspritzungen 44. —, tuberkulöse 161. 164.
Chlorzink gegen Carcinom 199.
Cholämie in d. Schwangerschaft 86. 87.
Cholelithiasis, Anwendung von Duschen 6.
Cholera, antitoxische Therapie 40. — S. a. Hühnercholera.
Cholesterin, immunisirende Wirkung 40. —, im Pleuraexsudat 242.
Cholin u. Suprarenin (antagonistische Wirkung) 143.
Chondrodystrophie, fötale 252.
Chondrome 253.
Chorda tympani (vasoconstriktorische Fasern) 143.
Chorea, minor (von *F. Siegert*) 108. —, chronische 238.
Chorioidea, Histologie 35.
Chorioiditis tuberculosa 100.
Chorioepithellom, Klinik u. Mikroskopie 249.
Chorion, Angiektasie d. Zotten 249.
Chylothorax b. Lungentuberkulose 165.
Cirrhose s. Leber.
Citronensäure zur Desinfektion d. Milch 237.
Cobrngift, Absorption durch d. Dickdarmschleimhaut 146. —, Einwirkung d. Serum Tuberkulöser 229. 230.
Coffein s. Kaffee.
Colipyelitis, ascendirende 245.
Colloide, Einfluss auf d. Hämolyse 33.
Compendium d. physikalischen Therapie (von *B. Baxbaum*) 2.
Complement, Bindung 32. —, hämolytisches in d. Frauenmilch 33. —, Bindungsreaktionen b. Syphilis 76. 79. —, Bestand im Körper natürlich u. künstlich ernährter Thiere 145. —, Bindung b. Recurrenserkrankungen 147. —, Ablenkung u. Lecithinausflockung 148.
Condylome, Breite d. Achselhöhle 191.
Conjunctiva, Reaktion auf Tuberkulin 65. 66. 70. 71. 72. 100. 150. 210. (auf Paratuberkulin) 150. (b. chirurgischer Tuberkulose) 210. —, Einspritzung von heisser Luft unter dieselbe 265.
Conjunctivitie, chronische (Aetiologie, Therapie) 217. — S. a. Blennorrhöe; Trachom.
Conservenvergiftungen s. Nahrungsmittelvergiftungen.
Constitntion s. Ernährung.
Contraktur s. Coxitis.
Cornea, Naevus 227. — S. a. Ulcus.
Corpus luteum, Funktion 141.
Corti'sches Organ s. Resonanztheorie.
Coxa vara 98. 261. —, valga 98.
Coxitis, Benge-Adduktioncontraktur 98. —, tuberkulöse 98.
Creosotnl b. Tuberkulose 182.
Cutandiagnose d. Tuberkulose 211.
Cyklodinlyse, Einfluss auf intraocularen Druck 266.
Cyste, paranephritische 134. —, d. Harnleiters 136. —, subchoriale d. Placenta 248. —, d. Knochen 253.
Cystoskop, Anwendnng b. Ureterverletzung 133.
Cytodiagnose b. Nervenkranken 238.
Cytorrhyctes luis (ätiologische Bedeutung) 76. 77.

Dacryocystitis, trachomatosa 218. — S. a. Fistel; Thränenwege.
Dämmerzustand, Brandstiftung im hysterischen 47. 49.
Darm, Eindringen d. Tuberkelbacillen von dems. aus 54. 60. —, Tuberkulose 55. 60. 162. 166. (Blutungen) 162. 165. (Amyloid) 162. 165. —, Spülungen mit rothem Wein 93. —, Einwirkung d. Kreosot auf dens. 152. —, Störungen b. initialer Tuberkulose 161. 164. —, Carcinom (blutserologische Untersuchungen) 234. — S. a. Dickdarm; Dünndarm; Flexura; Rectum.
Dauerbad (Heilworth) 3. —, Ekzem b. Anwendung solch. 3.
Decapitation b. vorschlepptor Querlage 89.
Decidua, solitärer Polyp 249.
Dekapsulation d. Niere 113. 114. 115. 116. 117. (b. Morbus Brightii u. Nierenblutungen) 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. (b. Eklampsie) 205.
Delirium tremens (pathologische Anatomie) 157. — S. a. Abstinenzdelirien.
Dementia, praecox (Auffassungs- u. Merkfähigkeit) 158. (paranoide Form) 158. (u. manisch-depressives Irresein) 158. —, paralytica (Differentialdiagnose) 238.
Dermatitis pseudosyphilitica vacciniformis 187.
Dermatologie, Nebennierenpräparate als diagnostische Hülfsmittel in ders. 74. — S. a. Hautkrankheiten; Jahresbericht.
Dermatose, Heilung d. Darier'schen 243.
Dermoidkystom, doppelseitiges 83.
Desinfektion, d. Haut 94. 237. —, d. Hände 197. —, d. Wohnung 267. —, mit Methanal 267. —, mit Hygienol 267. — S. a. Antiformin; Chinosol; Citronensäure; Kresolseife; Licht; Seife.
Diabetes, insipidus (Heilung nach Nephropexie) 27. 31. —, mellitus (Lungentuberkulose) 62. (Beziehung zum Pankreas) 143. — S. a. Bronzediabetes.
Diarrhöe, b. Säugling u. Kind 93. —, Darmspülungen mit rothem Wein 93.
Diathese, harnsaure 12. —, exsudative 251.
Dinzoreaktion b. Lungentuberkulose 161. 162. 165.
Dickdarm, Resorption von Toxinen 145. —, Einwirkung von (Ricinusöl) 153. (Sennainfus) 153. (Morphin) 153. —, Polyposis 242.
Dipthoridee, blauon Farbstoff bildende 230.
Diphtherie, primäre d. Nierenbeckens 18. —, Epidemie in Lungenheilstätten 51. —, Herzschwäche nach solch. 51. —, Recidive 51. —, Beziehung zu Masern 51. —, Uebertragung durch Milch 51. —, Behandlung 51. 52. (lokale) 51. 52. (Armadiphtérine) 51. 52. (Ameisensäure) 51. 52. (hoho Serumgaben) 51. 52. (Bolus) 52. (Pyocyanase) 52. —, Prophylaxe 51. 52. —, Stenose d. Kehlkopfes b. Säuglinge 95. (Intubation) 95. (Tracheotomie) 95. —, Immunisation gegen d. Toxin 148. —, Nachweis d. Toxins im Blute 149.
Diphtheriebacillen, Träger 51. 52. —, Septikämie 230.
Disposition zur Tuberkulose 55. 62 flg.
Diurese, Wirkung (d. Suprarenins) 153. (d. Calcinm) 153. (d. Phlorizin) 154. (d. Wassers) 228. (von Salz) 228.
Divertikel e. Harnblase.
Drainage, permanente d. Thränenwege 218.
Drnkontinsis 230.
Druck, osmotischer im normalen Thierserum 139. —, intraocularer 266.
Ductus artoriosus (Persistiren) 193.
Dünndarm, Kochsalzausscheidung 143. —, Einwirkung

d. (Tannin) 152. (Atropin) 152. (Physostigmin) 152. (Morphin) 153. (Ricinusol) 153. (Sennainfus) 153. —, angeborene Syphilis dess. 193.
Duschen, Wirkungen solcher auf d. Wärmeabgabe 4. —, b. Leberkranken 6.
Dysenterie, bacilläre 240.
Dysmenorrhöe, nasale 80. —, Behandlung 81. — S. a. Menstruation.
Dyspraxie, linkseitige b. rechtseitiger Lähmung 46.

Ehe s. Monogamie.
Eierstock s. Ovarium.
Einpackung 2.
Einwickelung 2.
Eison, neues Präparat 44.
Eisenach, Heilfaktoren 10.
Eisensplitterverletzungen d. Auges 101.
Eiweiss, quantitative Bestimmung 33. —, Abbau d. Zelle 139. —, artfremdes 142. (Verhalten d. jugendlichen Organismus gegen solch.) 146. —, kleinster Bedarf 143. —, Resorption durch d. Dickdarmschleimhaut 146. —, u. antitoxische Funktion 146. —, Peptone 225. —, Beeinflussung bösartiger Geschwülste durch fremdartiges 235. —, fraktionirte Ausfällung in d. Spinalflüssigkeit 238.
Eiweisskörper, Einfluss auf d. Hämolyse 33.
Eiweissnatteine d. Niere 21. 26.
Eklampsie, in d. Schwangerschaft 86. 87. —, Behandlung 204. (Nierendekapsulation) 205.
Ekzem, b. Anwendung von Dauerbädern 3. —, Röntgenbehandlung 15. —, Rollo d. Schilddrüse in d. Behandlung 187. —, d. Säuglings 251. —, u. Asthma 251.
Elastische Fasern im Sputum 67.
Elektricität, statische in d. Behandlung (von Dermatosen) 74. (von Lupus) 75.
Elektrolyse in d. Behandlung von Thränensackfisteln 218.
Elektrotherapie d. Kreislaufstörungen 5. — S. a. Compendium.
Elephantiasis endometrii 234.
Ellenbogengelenk, Resektion d. tuberkulösen 98. —, Luxation 216.
El Tor-Vibrionen 231.
Embolie d. Lungenarterie (Operation) 211. 255. (nach gynäkologischen Operationen) 244. — S. a. Gehirn; Luftembolie; Thrombo-Embolie.
Empfindlichkeit s. Ueberempfindlichkeit.
Emphysem s. Haut.
Empyem, Thoraxresektion 96.
Encephalitis, chronische u. Myoklonie 238.
Encyklopädie s. Real-Encyklopädie.
Endokarditis nach Scharlach 159.
Endometritis interstitialis haemorrhagica 198. —, chronische 198. —, Wirkung einiger Aetzmittel 198. —, Phenol gegen solch. 199.
Endometrium, Elephantiasis fibrosarcomatosa gigantocellularis 234.
Endotheliom d. Ovarium 203.
Enthindung, suprasymphysäre 205. — S. a. Extraktion; Geburt; Zange.
Enteritis, Behandlung 93.
Entfettungskuren (von *Paul Friedrich Richter*) 271.
Entgiftung, percutane (von *F. Schürer v. Waldheim*) 105.
Enuresis nocturna b. retrovertirtem Uterus 84.
Epidermis, Genese d. Pigments 140. 141.
Epiglottis, Amputation b. Kehlkopftuberkulose 186.
Epilepsie, Differentialdiagnose gegenüber Hysterie 48. —, Wanderzustände 50. —, Wesen u. Behandlung 50.
Epithel im geschlechtsreifen Uterus 141.
Epitheliom, Röntgenstrahlenbehandlung 15.
Epithelkörper u. mechanische Uebererregbarkeit d. motorischen Nerven 155. —, Befunde b. galvanischer Uebererregbarkeit 210.
Erblindung, durch Atoxyl 151. —, in d. Schwangerschaft 204. —, wiederkehrende kurzdauernde 267. — S. a. Amaurose.
Erbrechen, habituelles b. Säuglinge 92. — S. a. Hyperemesis.
Ernährung, Einfluss auf (Militärtauglichkeit) 103. (Tuberkulose) 103. —, solch. Tuberkulöser 175. —, salzarme 251. —, u. Körperbeschaffenheit (von *Bachmann*) 271. — S. a. Mittagessen; Nahrungsmittel; Volksernährungsfragen.
Ernährungstherapie s. Grundzüge.
Ertrinkungstod, Diagnose 220.
Erythema, nodosum 162. 166. —, nach Hg-Gebrauch 194.
Exanthem, menstruales 244.
Exostose, plantare d. Fersenbeines 264.
Extensionbehandlung d. Frakturen 215. —, d. Oberarmbrüche 259.
Extraktion (nach *A. Mueller*) 248. (mit stumpfem Haken) 248.

Faeces, grüne b. Säuglinge 93. — S. a. Seifenstühle.
Färbung, differentialdiagnost. d. Perlsuchtbacillen 41.
Farbenempfindung, Theorie 36. —, Gefühlstöne ders. 36. — S. a. Retina.
Farbengedächtniss 37.
Farbstoff s. Streptothrix; Diphtheridoe.
Febris recurrens (Complementbindung) 147.
Femur, Luxatio centralis 262. — S. a. Trochanter.
Ferment, Einwirkung d. Röntgenstrahlen auf solch. 140. —, umkehrbare Reaktion 140. —, proteolytisches d. Leukocyten 226. —, diastatisches 242. —, amylolytisches 242. — S. a. Antifermentbehandlung; Antifermentwirkung.
Fersenbein, plantare Exostose 264.
Fett, Störung d. Resorption b. Säuglinge 93. —, Ausnutzung im Organismus 103. —, Bildung aus eiweissartiger Substanz 225.
Fettstoinniere, myelitische 18.
Fibula, supramalleoläre Infraktion ders. b. Klumpfuss 100.
Fieber, Behandlung dess. b. Tuberkulose 183. — S. a. Febris; Maltafieber; Puerperalfieber; Ueberschwemmungsfieber.
Filarien, im Furunkel 230. —, in d. Milz 230. —, Uebertragung durch Mücken 230.
Filtrase 180.
Finger, subcutane Sehnenzerreissungen 217. —, Frakturen 261. — S. a. Hyperdaktylie; Trommelschlägelfinger.
Fistel, d. Trachea 73. —, zwischen Ureter u. Scheide 134. —, zwischen Ureter u. Vulva 134. —, d. Thränensackes 218. — S. a. Nierenfistel; Uterusbauchdeckenfistel.
Fistula colli mediana 211.
Fluggiwasser, Wirkung 12.
Fleisch, tuberkulöses 103.
Fleischvergiftungen s. Nahrungsmittelvergiftungen.
Flexura sigmoidea (Tuberkulose) 72. (Carcinom) 203.
Formaldehyd, zur Wohnungsdesinfektion 267. —, Entwickelungshemmung von säurefesten Bakterien durch solch. 267.
Formalin, Desinfektionverfahren 267.
Formol, zur intrauterinen Einspritzung b. Puerperalfieber 43.
Fraktur, isolirte d. Processus transversi d. Lendenwirbelsäule 97. —, complicirte 215. —, Callusbildung 215. —, spiralige 215. —, d. Beines (Knochennaht) 215. —, Extensionmethode 215. —, difform geheilte 216. —, d. Oberarmes (epicondyläre b. Kinde) 250. (Behandlung) 259. —, d. Radius 260. —, d. Finger 261. —, d. Hüftgelenkpfanne 262. —, d. Os naviculare pedis 264. — S. a. Infraktion; Luxationfraktur.
Frambösie u. Syphilis 190. —, tropische 231.
Franzensbad, Indikationen b. Kinde 10.
Frauenmilch, Katalyse 225. — S. a. Muttermilch.

Fremdkörper, in d. unteren Luftwegen 213. (Behandlung) 214. 243. —, im Auge 101.
Frühgeburt, künstliche 246.
Fürsorgestellen, f. Tuberkulöse 177. —, f. Säuglinge 102.
Furunkel, eiterige Perinephritis nach solch. 19. —, Filarienfund 230.
Fuss, Aponeurosenretraktion 167. —, Gangrän b. syphilitischer Arteriitis 191. —, Luxation (sah talo) 264. (d. 1. Metatarsus) 264. — S. a. Klumpfuss; Os naviculare; Plattfuss.
Fussbäder, kohlensaure 243.
Fusswurzel, Tuberkulose 99.

Galle, antiseptische Beeinflussung 43.
Gallenwege, Psychosen nach Operationen an solch. 50.
Gangrän, d. Lunge 95. —, d. Fusses 191.
Gastoin, radioaktive Thermen 11.
Gastro-Enteritis b. Kinde (Behandlung) 93.
Gaumen, tertiare Erscheinungen d. Syphilis 192. — S. a. Spitzbogengaumen.
Gebirge s. Hochgebirge.
Geburt, Luftembolie während ders. 89. —, Scopolamia-Morphiumwirkung 204. — S. a. Entbindung; Nabelschnur; Parovariotomia; Spätgeburt.
Geburthülfe, in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie (von *Ernst Runge*) 111. —, solch. Mecklenburg-Schwerins 248. —, Bedeutung d. *Wassermann*'schen Luesreaktion für dies. 250. — S. a. Röntgenatlas.
Gefässgeschwülste d. Mund-Rachenhöhle 186.
Gefässsystem, Einfluss d. Moorbäder 243.
Gehirn, *Gudden*'sche Commissur 34. —, immunisirende Wirkung 40. —, Apraxie u. Agraphie 46. —, Blindheit b. Krankheiten dess. 46. —, Embolie nach Diphtherie 51. —, Lues 192. —, Veränderungen (b. Myoklonie) 238. (b. Syphilis) 238. —, Geschwülste 268. —, Oberfläche (von *Edw. Anthony Spitzka*) 268. — S. a. Centralnervensystem.
Geisteskranke, Irrthümer in d. Beurtheilung solcher (von *O. Bumke*) 108. —, Geisteskrankheiten, Wasserheilverfahren 5. —, Pupillenuntersuchungen 46. —, künstliche Unterbrechung d. Schwangerschaft 246. 247. S. a. Dementia; Irresein; Psychiatrie.
Geistesstörung b. d. Juden 158. — S. a. Psychose.
Gelenke, physiologische Therapie d. Erkrankungen 5. —, Tuberkulose 184. —, Röntgenbehandlung versteifter 216. —, Verletzungen 259. — S. a. Ellenbogengelenk; Hüftgelenk; Luxation; Resektion.
Gelenkrheumatismus, physikalische Heilmethode 6. —, chronischer (Neundorfer Kur) 11.
Genitalien, Tuberkulose 64. (d. weiblichen) 82. 83. —, Beziehung zur Mamma 142. —, plastische Operationen 245. — S. a. Geschlechtsorgane; Geschlechtskrankheiten.
Genu valgum (angeborenes) 262.
Gerichtliche Medicin s. Brandstiftung; Heilmagnetismus; Wanderzustände.
Geschichte d. Laryngologie in Würzburg (von *Otto Seifert*) 107.
Geschlechtskrankheiten, Behandlung mit *Bier*'scher Stauung 74.
Geschlechtsleben s. Grundzüge.
Geschlechtsorgane, Erkrankungen d. weiblichen (von *R. Chrobak* u. *A. v. Rosthorn*, II. Theil) 270. — S. a. Genitalien.
Geschwülste d. Nervensystems (von *Ludwig Bruns*, 2. Aufl.) 268. — S. a. Tumor.
Geschwür s. Ulcus.
Gesetzliche Bestimmungen in d. Tuberkuloseprophylaxe 174. 175. — S. a. Hebammen.
Gesicht, Verbrennungen 101.
Gewehe, Spirochaetendarstellung im syphilitischen 76. 78.
Gibbus, Behandlung 97.
Gicht u. Psychose 50. —, u. Tuberkulose 62. 161. 164. —, Auftreten von Glykokoll im Blute 149. —, Ausfallen d. Urato 149.
Glaskörper, Serumtherapie b. Infektionen 217.
Glaucoma simplex 265.
Gleichgewichtstörung, psychophysische 162. 165.
Glühlichtbäder, elektrische b. chronischen Bronchialerkrankungen 241.
Glykogen im Sputum b. Phthise 66. 72.
Glykokoll, Auftreten im Blute b. Gicht 149.
Glykosurie mit Gicht u. Lungentuberkulose 161. 164.
Gonokokken, durch solch. verursachte Nephritis 18.
Gravidität, Einfluss auf Tuberkulose 55. 63. (künstliche Unterbrechung) 64. 182. (d. Larynx) 73. 88. —, Toxikosen 86. 87. —, rasche Zunahme d. Amnionflussigkeit 88. —, Einklemmung d. Uterus 88. —, Nierenblutungen 126. —, Hypertrichose 142. —, experimentelle Verlängerung 142. —, Amaurose 204. —, Verhalten d. Eierstockes in ders. 226. —, künstliche Unterbrechung 246. — S. a. Zwillingsschwangerschaft.
Grenzgebiete in d. Medicin (von *R. Kutner*) 105.
Grundzüge, d. physiologischen Psychologie (von *Wilhelm Wundt*, 6. Aufl. I. Bd.) 107. —, d. Ernährungstherapie (von *A. Albu*) 111. —, solch. sexueller Pädagogik (von *Julian Marcuse*) 224.
Guajakolpräparate b. Tuberkulose 182.
Gumma, der Brust 192. —, am Augenlid 192. —, am Knochen 192. —, des Herzens 192. —, d. Gaumens 192. —, Infektiosität 192. 193. —, d. Prostata 193. —, d. Uterushalses 193. 200.
Gymnastik, Anwendung 2. —, b. Herzkrankheiten 12.
Gynäkologie, Anwendung von Wechselstrombädern in ders. 6. —, Bestrahlungsbehandl. 16. —, Alttuberkulin als Diagnosticum in ders. 81. —, in Beziehungen zur Ophthalmologie (von *Ernst Runge*) 111. —, Embolie nach Operationen 244.
Gynatrosie, Nomenclatur 245.

Haar, Verlust b. Syphilis 191. — S. a. Hypertrichose; Kahlheit.
Hämatochromatosis b. Cirrhosis hypertrophica pigmentaria 149.
Hämatom d. Sternocleidomastoideus 250.
Hämaturie, renale 113. 115 flg. 121—126.
Hämoglobinurie, Anwend. von Chinintannat 43. 44.
Hämolyse, Einfluss von Eiweisskörpern auf dies. 33.
Hämoptöe b. Lungentuberkulose 162. 165. —, medikamentöse Behandlung 183.
Hämotropine, Uebergang auf d. Foetus 39.
Hallucination, Lehre 157. — S. a. Zwangserscheinungen.
Hals, Fistula mediana 211.
Halskrankheiten, Bedeutung d. Bades Münster am Stein b. solch. 10.
Hände, Aponeurosenretraktion 167. —, Desinfektion 197. — S. a. Klumphand.
Handbäder, kohlensaure 243.
Handbuch d. Klimatotherapie (von *W. H. Haggard*) 16. —, d. physiologischen Methodik (von *Robert Tigerstedt*) 104. —, d. Hautkrankheiten (von *Franz Mračeck* 20. u. 21. Abtheilung) 110. —, d. allgemeinen Pathologie (von *L. Krehl* u. *F. Marchand*, I. Bd.) 220. —, d. ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit (von *P. Dittrich*) 270.
Handgelenk, *Madelung*'sche Deformität 260. 261. — S. a. Luxationsfraktur.
Harn, antiseptische Beeinflussung 43. —, hysterische Retention 47. 49. —, Nachweis (von Tuberkelbacillen) 64. 68. (von Nebennierenprodukten) 139. —, Viscosität 154. —, bei Tuberkulosen (Chlorausscheidung) 161. 164. (Diazoreaktion) 161. 162. 165. —, Vermehrung nach Nervendurchschneidung 228. — S. a. Alkaptonurie; Diurese; Hämaturie; Hämoglobinurie; Niere.
Harnblase, Steine 25. —, Divertikel 122. —, Ein-

pflanzung d. Harnleiters in dies. 127. 128. 133. 134. 135. —, Bruch 137. —, Tuberkulose 162. 166.
Harnleiter s. Ureter.
Harnsäure, Einwirkung von Chinolincarbonsäuren auf d. Ausscheidung ders. 153.
Haut, Carcinom 15. —, Absorptionsvermögen d. erkrankten 44. —, Tuberkulose 162. 166. (experimentelle) 53. 57. —, Eindringen d. Tuberkelbacillus von ders. aus. 61. —, Reaktion auf Tuberkulinimpfung 64. 65. 69. 72. —, frambröseforme Erkrankung 75. —, Atrophia maculosa 74. —, Desinfektion 94. —, Farbstoff 140. 141. —, Lanolin d. menschlichen 142. —, Emphysem 165. —, Primäraffekte 191. —, Radiumverbrennung 234. —, Desinfektion 237. —, Veränderungen b. Scrofulose 252. — S. a. Cutandiagnose; Entgiftung; Leucoderma.
Hauthorner, Histologie u. Pathogenese 189.
Hautkrankheiten, u. Lungenschwindsucht 73. 161. 164. —, Opsoninbehandlung 73. —, Behandlung (mit *Bier*'scher Stauung) 74. (mittels statischer Elektricität) 74. —, Bogenlichtbestrahlung 187. — S. a. Dermatologie; Dermatosen; Handbuch; Lupus; Miliarin; Mycosis.
Hebammen, Lehranstalt 206. —, Versicherungsgesetz 207.
Heer, Militärtauglichkeit in Beziehung zu Säuglingssterblichkeit u. -Ernährung 103. —, Soldatenbrot 103. —, Anwendung des Natrium perboricum 236. — S. a. Nahschuss.
Hefe, Wirkung d. Aethylalkohols auf solch. 267.
Hefenucleinsäure, Einfluss auf Tuberkelbacillen 41.
Heilserum, Anwendung b. Erkrankungen d. Auges 217.
Heilkunde s. Real-Encyklopädie.
Heilmagnetismus in forensischer Beziehung 219.
Heilstätten, geg. Tuberkulose 176. (Ersatz solcher) 177. — S. a. Lungenheilstätten.
Heilstättenbewegung im Lichte d. socialen Hygiene (von *A. Grotjahn*) 112.
Heissluft, Anwendung am Auge 217.
Hemiplegie, hysterische 47. 48. —, cerebrale 154. — S. a. Lähmung.
Hepatitis, b. experimenteller Trypanosomiasis 231.
Hernia, uteri inguinalis 86. —, primäre Tuberkulose 162. 166. —, häufigste b. Kind 251. — S. a. Harnblase; Leistenbruch; Ureter.
Herz, Kleinheit b. Tuberkulose 161. 161. —, Syphilis 192. (gummöse Erkrankungen) 192. —, Einfluss d. Moorbäder 243.
Herzkrankheiten, Einfluss (d. elektrischen Bades) 5. (von kohlensauren Badern u. gymnast. Uebungen) 12.
Herzschwäche, postdiphtherische 51.
Hetol b. Tuberkulose 182.
Hochgebirge, Indikationen u. Contraindikationen 17. —, Einfluss auf d. Blut 17.
Hoden, Empfindlichkeit b. Nierenstein 26. —, Tuberkulose 162. 166.
Höhenklima s. Hochgebirge.
Hornnaevus 227.
Hornsubstanz, Studien 227.
Hüftgelenk, experimentelle u. angeborene Verrenkung 98. (Behandlung) 98. — S. a. Coxa; Coxitis; Trochanter-Spinalinie.
Hühnercholera, Aggressin 38.
Humerus, epicondyläre Fraktur 250.
Humor aqueus, Alexingehalt 39.
Hydrämie b. Nephritis 234.
Hydramnion, akutes 88.
Hydrargyrum, salicylicum 193. —, colloidale 196. 197.
Hydrocele muliebris 245.
Hydronephrose u. Steinniere 25. —, intermittierende b. Wanderniere 28. 31. —, b. Ureterstenose 132. —, nach Trauma 133. —, congenitale 134.
Hydrotherapie 1—6. (physiologische Grundlage von *W. Winternitz*) 1. 2. (Missgriffe) 1. (Technik) 1. 2. (von *van Oordt*) 2. (Anstalt Berlin) 2. (Proceduren) 2. 3. (Einfluss solcher auf d. Temperatursinn) 3. (schottische Theilabreibung) 2. 3. (Dauerbad) 3. (Wirkung kalter u. heisser Bäder) 3. 4. (Schwitzproceduren b. Arteriosklerose) 4. (elektrische Bäder b. Kreislaufstörungen) 5. (Anwendung b. Geisteskrankheiten) 5. (b. Nephritis) 5. (b. Erkrankungen d. Muskeln u. Gelenke) 5. (b. Typhus) 6. (bei Masern) 6. (b. Leberkranken) 6. (in d. Gynäkologie) 6. — S. a. Balneologie.
Hygiene d. Auges (von *Kauffmann*) 109. —, u. Pädagogik (von *Johannes Berninger*) 224. — S. a. Heilstättenbewegung; Jahresbericht; Krankenhauswesen.
Hygienol, Desinfektionswerth 267.
Hyperämiebehandlung tuberkulöser Lungen 181. — S. a. Stauungsbehandlung, Stauungshyperämie.
Hyperdaktylie, entwickelungsgeschichtliche Analyse 227.
Hyperemesis in d. Gravidität 86. 87.
Hyperleukocytose s. Nucleinhyperleukocytose.
Hyperostose, diffuse 254.
Hypertrichose in d. Gravidität 142.
Hypertrophie u. Organcorrelation 231.
Hypnose, Behandlung von Menstruationsstörungen mit solch. 81.
Hysterie, Sehstörung 47. —, Wesen 47. 48. 49. —, Stoffwechsel 47. —, Symptome 47. 48. —, Differentialdiagnose 48. —, anatomische Veränderungen von Gehirn u. Rückenmark 47. 49. —, combinirt (mit *Landry*'scher Paralyse) 47. 49. (mit Symptomen von Kleinhirnerkrankung) 47. 49. —, simulirte Lyssa 47. 49. —, Brandstiftung im Dämmerzustand 47. 49. —, Anurie 131. —, Fehlen d. Patellarreflexe 156. —, Pupillenstarre 156. —, Beziehung zu Zwangsvorstellungen 240. —, Operationen bei solch. 240. —, Pseudotetanie 240. —, Totalanästhesie 240.

Jahrbuch der praktischen Medicin (von *J. Schwalbe*, 1908) 271.
Jahresbericht, über d. Ergebnisse d. Immunitätsforschung (von *W. Weichardt*) 104. —, dermatologischer (von *O. Lassar*, 1. Jahrg.) 223. —, über Fortschritte d. Hygiene 1905 (von *A. Pfeiffer*) 272.
Idoonflucht, Lehre 157.
Ideogenitätsmoment, *Freud*'sches (von *O. Gross*) 270.
Ikterus, Anwendung von Duschen b. chronischem 6. —, im Frühstadium d. Lues 191.
Ileocöekaltuberkulose 162. 166.
Immunisirung, präventive 40. —, per os 145. —, durch Fütterung mit Nervensubstanz gegen Infektion von Strassenvirus 145. —, gegen Pest vom Magen oder Rectum aus 146. —, gegen Diphtheretoxin 148. —, gegen Tuberkulose (aktive) 177—180. (passive) 180. —, *Roemer*'sches Verfahren 217. — S. a. Gehirn; Nerven.
Immunität, Lehre 38. —, Bedeutung d. Leukocyten für dies. 38. —, Vererbbarkeit erworbener 39. —, Methoden der Forschung 139. —, solch. b. Syphilis 189. — S. a. Jahresbericht.
Immunkörper, Bildung solch. 39.
Impfung s. Schutzimpfung.
Infektion, Theorie 38. —, solch. begünstigende Wirkung d. Filtrate junger Bouillonculturen 38. —, Prophylaxe chirurgischer 40. —, Einwirkung d. reinen Sauerstoffs 237.
Infektionkrankheiten, Anwendung d. Pyocyanase 52. —, Beziehungen d. Antifermentreaktion d. Blutes zur opsonischen Kraft 145.
Influenza, Sepsis 52.
Infraktion s. Fibula.
Inhalation von Quecksilber 196.
Inhalationsmittel b. Asthma 152.
Intubation b. Diphtherie 95.
Jod, Verhalten d. Blutviscosität b. Darreichung von solch. 44. —, Einwirkung auf tuberkulöse Processe 182. — S. a. Arsojodin; Jethion; Sajodin.
Jodeatgut 94.

Jodglidine b. Asthma 152.
Jodkalium, Wirkungsweise 44.
Jodofan als Ersatz des Jodoform 236.
Jndselze, Funktionprüfung d. Nieren mit solch. 242.
Jodsonlbäder b. Scrofulose 11.
Jothinn, Wirkung u. Anwendung 44.
Iridektomie b. Glaukom 265.
Iridencleieis b. Glaukom 265.
Iris, Klumpenzellen 35. — S. a. Pupille.
Iritis, Serumtherapie 217. —, rheumatische 265.
Irresein, manisch-depressives 157. (Angstaffekt) 157. (Rechenversuche) 158. (n. Dementie praecox) 158. (Bedeutung d. *Freud*'schen Ideogenitëtsmoments von *O. Gross*) 270.
Juckempfindungen 33.

Kaffee, wirksame Bestandtheile 104.
Kahlheit, narbige 188.
Kaiserschnitt, extraperitonäaler 205. 206.
Kalksteffwechsel, Einfluss d. Phosphors auf dens. 140.
Kampher s. Thymolkamphor.
Kapsektomie b. chron. Morbus Brightii 114. 118. 119. 120—126.
Katalyse d. Frauenmilch 225.
Katheter s. Ureter.
Kefirmileh als Säuglingsnahrung 207.
Kehlkopf s. Larynx.
Kind, Wirknng hydriatischer Procednren b. Masern 6. —, Indikationen Franzensbads 10. —, Scrofulose (Bäderbehandlung) 11. —, Bronchektasien 42. —, Tuberkulose 56 flg. (Infektionwege) 59. 60. (Tuberkulinprobe) 64. 65. 68. 93. (Milzschwellung) 72. (d. Lunge) 93. (d. platten Schädelknochen) 94. (primäre Perlsucht) 161. 163. (Lebercirrhose) 165. (d. Hodens) 166. (Schutz gegen dies.) 173. (d. Bauchfells) 252. —, adenoide Vegetationen 73. —, Lupus erythematodes 75. —, Darmspülungen b. Gastroenteritis 93. —, Stoffwechsel 152. —, Rhachitis (Phosphorleberthran) 152. —, Scharlach 159. 160. (nachfolgende Lebercirrhose) 160. —, Lues hereditaria 193. —, Tetanie 210. 252. —, galvanische Uebererregbarkeit u. Epithelkörperbefunde 210. —, difform geheilte Knochenbrüche 216. —, Arzt als Erzieher dess. (von *Ad. Czerny*) 223. —, Masernprophylaxe 240. —, Humerusfraktur 250. —, medianer Bauchbruch 251. — S. a. Speikind.
Kinderlähmung, Skoliose b. solch. 214.
Kindersterblichkeit, Entwiekelung ders. 102.
Kitzelempfindungen 33.
Kleinhirn, Affektion dess. vortäuschende Hysterie 47. 49.
Klime, Einfluss auf Tuberkulose 176. — S. a. Höhenklima; Ospedaletti; Wiesbaden; Winterklima.
Klimntotherapie 2. 8. 16. 17. (von *H. W. Huggard*) 16. (von *J. Glax*) 16.
Klinik für psychische u. nervöse Krankheiten (von *Robert Sommer*, II. Bd. 1. u. 2. Heft) 107.
Klumpfnas, (Aetiologie, Pathologie) 99. (Behandlung) 100.
Klnmphand 99.
Kniegelenk, Anatomie 262. —, traumatische Knorpelrisse 262. —, Meniscusverletzungen 263. —, Resektion 263. —, Verkrümmungen 263. — S. a. Genu.
Knieseheibe s. Patella.
Kniesehnenreflex, ergographische Untersuchnngen 144.
Knochen, Wachsthum 33. —, Tuberkulose (am Schädel) 94. (leichte Entzündung) 97. —, Resektion zur Ausgleichung von Verkürzungen 216. —, Cysten 253.
Knochenbrueh s. Fraktur.
Knochennaht, in d. Behandlung d. Beinbrüche 215.
Knötehenlungc 42.
Kochsalz, Ausscheidung dess. im Dünndarm 143. — S. a. Urämie.
Körperwärme, Einwirkung von Bädern u. Duschen 4.
Kohlenhogenlichtbäder b. Angina pectoris 16.
Kohlensäurebäder 8.
Kolik b. Nephritis 115 flg.
Kolpektomie 85.
Kopenhagen s. Assanirung.
Kopfsehmerz b. Mädchen in d. Pubertät 80.
Krenkenhaus, Küche (von *W. Sternberg*) 112.
Krenkenhauswesen im Lichte d. socialen Hygiene (von *A. Grotjahn*) 112.
Kreislanf s. Blutkreislauf.
Kreosot, Einwirkung auf d. Darm 152. —, b. Tuberkulose 182.
Kresolseifen, Desinfektionwerth 236. 237.
Kropfeperation s. Strumektomie.
Kryoskopie d. Blutes b. Nephrolithiasis 22.
Küche im Krankenhaus (von *W. Sternberg*) 112.
Kuhmileh, Reduktasen 141.
Kurpfuschorei s. Heilmagnetismus.

Lebyrinth s. Resonanztheorie.
Lähmnng, mit Agraphie u. Apraxie 46. —, hysterische 47. 48. —, d. Plexus brachialis b. Operationen 244. — S. a. Kinderlähmung; Nervus.
Lamscheider Stahlbrunnen 10.
Lanolin d. menschlichen Hant 142.
Laparotomie, Einschränkung durch vaginale Operationsmethoden 204. —, fruhzeitiges Aufstehon nach solch. 255.
Leryngelogie s. Geschichte.
Larynx, Tuberkulose (u. Schwangerschaft) 55. 63. 73. 88. (Differentialdiagnose) 64. 68. (Deviation) 73. 162. 165. (Behandlung) 183. (Epiglottisamputation) 186. 187. (von *G. Rezold* u. *H. Gudionsen*) 107. —, Diphtheriestenose b. Säugling 95. —, Gefässgeschwülste 186. —, Punktion d. Ligamentum crico-thyreoideum medinm 187. — S. a. Stimmritze.
Lebensschwäche, angeborene 90.
Leber, Anwendung von Duschen b. Erkrankungen ders. 6. —, Cirrhose (tuberkulöse) 72. (solch. b. Kind) 165. (experimentell erzeugte) 149. (hypertrophica pigmentarie) 149. (nach Scharlach b. Kind) 160. —, Störungen ders. während d. Gravidität 86. 87. — S. a. Hepatitis.
Leherthran, Wirkung b. Rhachitis 152.
Leeithin, immunisirende Wirkung 40. —, Präparate 140. —, Ausflockung 148. —, soleh. im Serum Tuberkulöser 229. 230.
Lehranstalt s. Hebammen.
Lehrhuch d. inneron Medizin *J. von Mehring's* (herausgeg. von *L. Krehl*, 5. Aufl.) 222. —, Klinischer Untersuchungsmethoden (von *Theodor Brugsch* u. *Alfred Schittenhelm*) 222.
Leistenhrueh, Ureterprolaps in solch. 137.
Leistungen, therapeutische 1907 (von *Arnold Poltatschek* u. *Heinrich Nádor*).
Lendenwirbelsäule, isolirte Frakturen d. Processus transversi 97.
Loentinsis essea 254.
Leprn, Pathologie u. Therapie 188. —, Anwendung des Atoxyls 195.
Leucoderma syphiliticum (von *Alfred Brandweiner*) 223.
Leukämie, Röntgenbehandlnng 15. —, Einfluss der Tnberkulose 165.
Leukocyton, Bedeutung ders. für d. Immunität 38. —, Veränderungen b. Tuberkulose 161. 164. —, proteolytisches Ferment 226. —, Einfluss d. Atoxyls 235.
Leukocytose, Verhelten b. Serumkrankheit 39.
Licht, Anwendnng d. blauen elektrischen 16. —, als Desinficiens 197. — S. a. Bogenlicht.
Lichtbäder, (b. Angina pectoris) 16. (in d. Franenheilkunde) 16. — S. a. Glühlichtbäder.
Lichthehandlung s. Phototherapie; Quarzlampe; Strahlen.
Lichtempfindung, Theorie 36.
Lid s. Augenlid.

Linoval, Salbengrundlage 236.
Linse, durch Extrakte solch. hervorgerufene Anaphylaxie 229. — S. a. Cataracta.
Lipom, Ursprung 167.
Lippe, Schanker 191.
Liquor cerebrospinalis (Nachweis von Tuberkelbacillen) 64. 68. (Lymphocytose b. hereditärer Lues) 193. (fraktionirte Eiweissausfällung) 238.
Lokalanästhesie, Entwickelung 44. — S. a. Anästhesie.
Lues s. Syphilis.
Lupt, heisse, Anwendung am Auge 117.
Luftbäder 13. 14.
Luftembolie während d. Geburt 89.
Luftwege, Balneotherapie b. Erkrankungen ders. 12. —, Infektion vom Verdauungskanal aus 41. —, Eindringen d. Tuberkelbacillus 58. 59. —, Fremdkörper 213. (Behandlung) 214. 243. —, Absorption giftiger Gase durch dies. 220. —, äussere Untersuchung der oberen 243.
Lumbalanästhesie mit Alypin 44. — S. a. Anästhesie.
Lunge, experimentelle Staubinhalationskrankheiten 41. —, Bildung von Lymphknötchen 42. —, Tuberkulose (Genese) 54. 58 flg. (Infektionswege) 54. 58. 59. (Disposition) 62. 63. 64. (d. Spitzen) 55. 62. (Frühdiagnose) 64. 66. 67. (Perkussion) 67. (Bronchophonie) 67. (Pupillendillerenz) 67. (Bronchoskopie) 67. (elastische Fasern) 67. (Röntgendurchleuchtung) 68. (Tuberkulinprobe) 64. 65. 68. 69. 70. 71. (Hautreaktion) 64. 65. 69. 70. (Conjunctivalreaktion) 65. 66. 70. 71. (percutane Anwendung) 66. 71. (Glykogen im Sputum) 66. 72. (Beziehung zu Hautkrankheiten) 73. 161. 164. (Schrägstand d. Stimmritze) 73. 165. (b. Kind) 93. (Beziehung zu Scrofulose) 161. 163. (Stadieneintheilung) 161. 163. (Herz- u. Blutbefunde) 161. 164. (Beziehung zu Arteriosklerose) 161. 164. (zu Gicht) 161. 164. (Magendarmstörungen) 161. 164. (Diazoreaktion) 161. 162. 165. (Blutungen) 162. 165. (Mischinfektion) 162. 165. (Pleuritis) 165. (Chylothorax) 165. (Hautemphysem) 165. (Cirrhosen) 165. (Beziehung zu Syphilis) 165. (nervöse Störungen) 165. (Ohrerkrankungen) 167. (Verhütung, Behandlung) 167—184. —, subapicale Furchen 55. 63. —, Chirurgie ders. 95. 96. (b. Eiterung u. Gangrän) 95. —. Naht 96. —, Aktinomykose 96. —, Rassel- u. Reibegeräusche 184. — S. a. Asthma, Tuberkulose.
Lungenheilstätte, Diphtherieepidemie in solch. 51. 176. — S. a. Tuberkulose.
Lungensaugmaske 181.
Lupus, vulgaris 162. 166. (d. Nase) 166. (Behandlung mit Radium) 15. (Quarzlampe) 74. (mittels Elektricität) 74. 75. —, erythematodes (b. Kind) 75. —, pernio 75.
Luxatio, femoris centralis 262. —, pedis sub talo 264.
Luxation, d. Hüftgelenks 98. (angeborene) 98. —, d. Ellenbogens 216. 259. (nachfolgende Myositis) 216. —, d. Schulter nach hinten 258. —, d. Os lunatum 261. —, d. 1. Metatarsus 264.
Luxationsfraktur, typische d. Intercarpalgelenkes 260. —, d. Os naviculare pedis 261.
Lymphadenitis postscarlatinosa 159.
Lymphdrüsen, Spirochaetendarstellung in syphilitischen 76. 78. —, Tuberkulose 93. —, Befunde b. congenitaler u. postfötaler Lues 149. —, tastbare cubitale u. thorakale b. Säugling 252. — S. a. Bronchialdrüsen; Mesenterialdrüsen.
Lymphe, Einwirkung menschlicher auf d. Tuberkelbacillus 150.
Lymphocytose d. Cerebrospinalflüssigkeit b. hereditärer Lues 193.
Lymphom, malignes 15.
Lymphsystem, Anomalien u. Tuberkulose 55. 62.
Lyssa, Eigenschaften normaler Hirnsubstanz gegenüber solch. 40. —, hysterische 47. 49. —, Behandlung 160. (Atoxyl) 235. —, nachfolgende aufsteigende Paralyse 161.
Maculae luteae, Färbung 35.
Magen, angeborene Pylorusstenose 92. —, Pepsinsekretion b. Säugling 92. —, Immunisirung gegen Pest von doms. aus 146. —, Einwirkung von (Ricinusöl) 153. (Sennainfus) 153. (Morphin) 153. —, Störungen b. initialer Tuberkulose 161. 164. —, Tuberkulose dess. 162. 166. —, Carcinom 202. (blutserologische Untersuchungen) 234.
Magen-Darmkanal, Aufwärtswandern von Bakterien in dems. 41.
Magnet, zur Entfernung von Eisensplittern aus d. Auge 101.
Malaria, Anwendung d. Chinintannat 43. 44.
Maltafieber 160.
Mamma, Physiologisches 33. —, sekretionbefördernde Mittel 91. —, Beziehung zum Genitale 142. —, Tuberkulose 163. 166. (gleichzeitiges Carcinom) 166. —, junger maligner Tumor 234. —, Carcinom 257.
Manus valga 260. 261.
Maretin b. Tuberkulose 183.
Marienbad, Moorbäder 10.
Massern, Wirkung hydriatischer Proceduren 6. —, Beziehung zur Diphtherie 51. —, solch. nach Scharlach 159. —, medikamentöse Prophylaxe 240.
Massage, Anwendung 2. —, u. Syphilis 190. 191.
Mastdarm s. Rectum.
Mastitis, puerperalis (Saugbehandlung) 91.
Medicin s. Grenzgebiete; Jahrbuch; Lehrbuch.
Medulla oblongata (Pupillencentren) 34.
Mehle, Anwendung b. Säugling 93.
Melancholie, Klinisches 239.
Meningitis, tuberculosa (Verhalten des Blutes) 52. (purulenta non opidemica) 52. 162. 166. —, cerebrospinalis epidemica (Lehre) 52. (Epidemiologisches) 52. (Verhalten d. Blutes) 52. (Therapie) 52. 53. —, bakteriologische Untersuchungen 230. —, Verwendung *Bier*'scher Stauung 211.
Meningokokken, Antikörper 40. —, Untersuchungen 230.
Meniscus, Verletzungen im Kniegelenk 263.
Menstruation, solch. ohne Ovarien 81. —, Störungen ders. (hypnotische Behandlung) 81. (Behandlung mit Röntgenstrahlen) 81. —, Lehre 226. —, Exanthem 244.
Mercuriol 196. 197.
Mergal, in d. Behandlung d. Syphilis 194.
Mergentheim, Bad 10.
Mesenterialdrüsen, Nachweis vergrösserter 251.
Mesonephron 28.
Metatarsus, Resektion 264.
Methanal zur Desinfektion 267.
Mikrophotogramme pathogener Protozoën (von *Th. v. Wasielewski*, 2. Heft) 221.
Milch, Uebertragung von Diphtherie 51. —, tuberkulöse Infektion 55. 60. —, sekretionbefördernde Mittel 91. —, Desinfektion 237. — S. a. Frauenmilch; Kefirmilch; Kuhmilch; Muttermilch; Perhydrasemilch; Yoghurtmilch.
Miliaria crystallina (experimentelle Erzeugung) 243.
Miliartuberkulose, Netzhautblutungen 162. 165.
Milz, tuberkulöse Schwellung 72. —, Filarienlund 230.
Mineralwässer, Vorkommen in Tunis 11.
Missbildung d. weiblichen Geschlechtsorgane 270.
Mittagessen, Untersuchungen in Wirtschaften Berlins 104.
Mittelohr s. Otitis.
Monogamie, constitutive Verderblichkeit ders. 101.
Moorbäder, Wirkung 8. (d. Marienbader) 10. (auf d. Cirkulationsorgane) 243.
Morbus Addisonii (von *Alexander Bittorf*) 105. (Eisen- u. Pigment dess.) 149. —, Brightii (chirurgische Behandlung) 114. 118. 119. 120.
Morphin, stoplende Wirkung 153. — S. a. Scopolamin.
Münster am Stein (Bad) 10.
Mund, Schleimhauterkrankung b. Syphilis 191.

Mundrachenhöhle, Gefässgeschwülste 186.
Musculus, brachialis t(Myositis ossificans) 216. —, sternocleidomastoideus (Hämatom) 250. —, quadriceps (Sehnenruptur) 262.
Muskel, physiologische Therapie d. Erkrankungen 5. —, Physiologie 141. —, willkürlicher Tetanus 144. —, Todtenstarre 144. —, congenitale Atonie 156. —, Thermodynamik d. Contraktion 229. — S. a. Myositis.
Muskelrheumatismus, Behandlung 6.
Muttermilch, hämolytisches Complement 33.
Myatonia congenita 156.
Mycosis fungoides (Pathogenese) 243.
Myelitis nach antirabischer Behandlung 161.
Myoklonie, Anatomie 238.
Myom, bösartige Veränderungen 200. —, des Uterus 203. — S. a. Adenomyom.
Myositis ossificans (Behandlung) 6. (d. Musculus brachialis) 216. (traumatische) 259.

Nabelschnur, Zerreissung intra partum 248. —, grosse inoperable Brüche 251.
Nachtschweiss d. Phthisiker 183.
Naevus d. Cornea 227.
Nagana, experimentelle 151. —, Trypanosomen 148.
Nahrung, Einfluss auf d. Blutdruck b. chron. Nephritis 185.
Nahrungsmittelvergiftungen, bakterielle (von *A. Dieudonné*) 112.
Nahschuss, Kriterien 219.
Naht d. Lunge 96. — S. a. Knochennaht.
Narkose, chemisch experimentelle Studien 45. — S. a. Anästhesie.
Nase, von ders. ausgehende Reflexe 80. —, entzündliche Nebenhöhlenerkrankungen (von *A. Kuttner*) 106. (Radikaloperation) 185. (Beziehung zu entzündl. Orbitalerkrankungen) 186. —, Tuberkulose 163. 166. 167.
Nasenkrankheiten, Saugbehandlung 185. —, Bedeutung d. Bades Munster am Stein b. solch. 10.
Nasenrachen, typischer Polyp 186. —, Hypertrophie d. lymphatischen Gewebes 209. — S. a. Vegetationen.
Nasenscheidewand, Krankheiten ders. (von *Leo Katz*) 106. —, syphilitischer Primäraffekt 191.
Natrium, nucleinsaures (b. Syphilis) 197. —, perboricum (Anwendung in d. Chirurgie) 236.
Nebenhode, Tuberkulose 166.
Nebenhöhlenerkrankungen, entzündliche d. Nase (von *A. Kuttner*) 106.
Nebennieren, Pathologie ders. (von *Alexander Bittorf*) 105. —, Produkte solch. im Blut u. Harn 139. —, Histologie d. Rinde 143. —, Wirkung von Suprarenin u. Cholin 143. —, congenitale Lues 149. —, Tuberkulose 149. —, u. Osteomalacie 204. —, u. Rhachitis 208. — S. a. Adrenalin, Suprarenin.
Nenndorf, Kur b. Gelenkrheumatismus 11.
Nephralgie 113. 115 flg.
Nephrektomie b. Pyonephrose 18. —, b. Nephrolithiasis 22. —, b. einseitiger Nephritis 122—125. —, Anurie nach solch. 131.
Nephritis, Balneotherapie 5. 12. —, durch Gonokokken verursachte 18. —, operat. Behandl. 113—126. —, einseitige 115. 120. 122. —, chronische (Anurie) 130. (Beziehung zu Tuberkulose) 184. (Verhalten des Blutdruckes) 185. —, postscarlatinöse 159. 160. —, luetische 191. —, Hydramie b. solch. 234. — S. a. Paranephritis.
Nephrolithiasis 19—26. (Diagnostik, Therapie) 21—26. (chirurgische Bedeutung, Indikationsstellung) 22. (Röntgenstrahlenuntersuchung) 21. 22. 23. 24. (doppelseitige) 22. 25. (durch Bauchdecken fühlbarer Stein) 24. (zahlreiche u. grosse Steine) 24. 25. (gleichzeitige Hydronephrose) 25. (Pyonephrose) 25. (Cystenbildung) 25. (Complikation mit Blasenstein) 25. (solch b. einer Einnierigen) 26. (Eiweissteine) 21. 26. (Druckschmerzhaftigkeit d. Hodens) 26.
Nephrolithotomie 22. 25. (Blutungen) 26.
Nephrolysis b. chron. Morbus Brightii 111. 118.
Nephropexie b. Wanderniere (Methoden) 27. 28. 29. 30. 31. (Nierenfistel nach solch.) 27. 31. (Heilung von Diabetes insipidus nach solch.) 27. 31.
Nephrostomie, doppelseitige 25.
Nephrotomie b. Nephrolithiasis 22. 25.
Nerven, immunisirende Kraft normaler Substanz solch. 40. 41. —, u. Seele (von *Paul Kronthal*) 269. —, Geschwülste peripherischer 268.
Nervenheilkunde, Balneotherapie 8.
Nervenkrankheiten, Cytodiagnose u. Eiweissuntersuchung 238. — S. a. Klinik.
Nervensubstanz, Immunisirung durch Fütterung mit solch 145.
Nervensystem, Bau d. sympatischen 34. —, autonomes 142. —, tertiär-luetische Erkrankungen 196. —, Geschwülste (von *Ludwig Bruns*, 2. Aufl.) 268.
Nervus, laryngeus inferior (Lähmung b. Kropfkranken) 212. —, medianus (Schadigung b. typischem Radiusbruch) 260. —, oculomotorius (einseitige Pupillenstarre b. Lähmung) 46. —, opticus (luetische Veränderungen) 195. (Druckexcavation u. Atrophie) 266. —, sympathicus s. Nervensystem. — S. a. Chorda.
Netzhaut s. Retina.
Neugeborenes, Uterusprolaps 85. —, angeborene Lebensschwäche 90. —, Anurie 130. —, Lues hereditaria 193. —, Struma congenitum 212. —, Oberarmbruch 251. —, Nabelschnurbruch 251. — S. a. Blennorrhöe.
Neuralgie, renale 113. 115 flg.
Neurasthenie, Symptome solch. im Verstadium der Psychosen 50.
Neuritis, retrobulbäre durch Atoxyl 151. —, optica (b. hereditärer Lues) 193. (in d. Schwangerschaft) 204.
Neurologie, Bedeutung d. Röntgenstrahlen 16. —, Congressberichte 47.
Neurosen, sexuelle Aetiologie 47. —, Theorie 81. — S. a. Hysterie, Neurasthenie.
Niere, Chirurgie 18—32. 113—138. —, einseitige septische Erkrankung 18. —, Fettsteinniere 18. —, Pyonephrose 18. —, metastatischer Abscess 19. —, Blutung in d. Fettkapsel 19. —, Steine 19—26. —, bewegliche 27—32. (von *F. Legueu*) 27. 28. (von *C. W. Suckling*) 27. 28. (Fixation) 27. 28. 29. (Trauma) 27. 29. (Festlegung durch Verwachsungen) 27. 30. 31. (Erkrankungen) 31. 32. (Symptome) 32. —, Fistel 27. 31. —, Cystenbildung 43. —, Deknpsulation 113. 114. 115. 116. 117. (nach solch. neugebildeto Nierenknpsel) 115. 116. (Anastomosenerzeugung) 113. 115. (Collateralkreislnuf) 114. 116. (b. chron. Morbus Brightii) 114. 118—126. (b. Eklampsie) 205. —, Spaltung b. Nephritis 117. —, Punktion b. Nephritis 123. —, Blutungen 114. 121—126. —, Variationen d. Leistung 143. —, Tuberkulose 162. 166. —, Quecksilberausscheidung in der Syphilisbehandlung 191. 194. —, Reaktion auf (Blutverdünnung) 228. (Wasser) 228. (Nervendurchtrennung) 228. —, osmotischer Druck d. Parenchyms 228. —, Adrenalinwirkung 228. —, Funktionprüfung 242. — S. a. Nierenbecken; Nephritis; Nephrolithiasis; Nephropexie; Wanderniere.
Nierenbecken, Diphtherie 18. —, Soor 18. —, Steine 21 flg. —, Blutungen 124. —, Zerreissung 134.
Nierenfistel nach Nephropexie 27. 31.
Nierenlager, Apoplexie 19. 185.
Nitrite, Wirkung ders. 142. 143.
Norderney, medicinische Bedeutung 9.
Nucleinhyperleukocytose, Beeinflussung der Syphilis durch solch. 196. 197.
Nucleinsäure, Einfluss auf Tuberkelbacillen 41.
Nucleogen, Einspritzungen mit solch. 44.

Oberarm, Bruch (epicondylärer b. Kind) 250. (Behandlung b. Neugeborenen) 251. 259. (Extensionbehandlung) 259. —, Veränderungen nach Amputation 259. —, Gelenkverletzungen 259. —, Epiphysenlösung 259.

Oberkiefer s. Sinus maxillaris.
Oberschenkel, Frakturen (Behandl.) 216. —, schiefes Becken nach Amputation dess. 246. — S. a. Trochanter.
Ochronose 242.
Oel, graues b. Syphilis 196. 197. — S. a. Ricinusöl.
Oesophagus, Tuberkulose 162. 166. —, Fremdkörper (Behandlung) 214.
Ohr, tuberkulöse Eiterungen 163. 167. — S. a. Otitis.
Ohrenkrankheiten, Bad Münster am Stein bei solch. 10.
Operationen, augenärztliche (von *Wilhelm Czermak*, 2. Aufl., herausgeg. von *Anton Elschnig*, I. Bd.) 109.
Operationstisch, Heizvorrichtung 197.
Ophthalmoblennorrhoea gonorrhoica 253.
Ophthalmologie s. Geburtshülfe; Gynäkologie.
Ophthalmoreaktion s. Conjunctivn.
Opsonine, Gehalt d. Blutes an solch. 39. —, specifische 57. —, in d. Behandlung von Hautkrankheiten 73. —, praktische Bedeutung ders. 145.
Opsonischer Index b. Tuberkulose 178. 179.
Orb, Bad 10.
Orbita, entzündl. Erkrankungen 186. —, retrobulbäres Teratom 256.
Organe, correlative Hypertrophie 231.
Orthopädie ind. Behandlung d. Nierenverschiebung 29.
Os lunatum (Luxation) 261.
Osmotischer Druck d. Nierenparenchyms 228.
Os naviculare pedis 264.
Ospedaletti, Klima 17.
Osteitis d. Apophysen 254.
Osteoarthritis deformans endemica 254.
Ostcomalacie u. Nebenniere 204.
Osteomyelitis, akute d. Scapula 258.
Osteoplastik am Becken 206.
Ostitis, fibröse 253. —, deformans 254.
Otitis media (nach Scharlach) 160. (tuberkulöse) 167. (Kupirung akuter) 241.
Ovarium, Menstruation ohne solch. 81. —, Dermoidkystom u. Tubentuberkulose 83. —, Vorfall 86. —, Carcinom 202. 203. —, Einwirkung d. Uterusexstirpation 202. —, Ausfallserscheinungen 203. —, Endotheliom 203. —, Thätigkeit dess. in d. Schwangerschaft 226. —, Schicksal von Resten 246. — S. a. Corpus luteum; Parovariotomia; Ovulation.
Ovulation, Lehre 226.
Ozethäder, Sarason'scha 9.

Pädagogik u. Hygieina (von *Johannes Berninger*) 224. — S. a. Grundzüge.
Pankreas, Funktion 143.
Paralyse, progressive (Pupillenreaktion) 45. (allgemeine von *R. v. Krafft-Ebing*, bearbeitet von *H. Obersteiner*, 2. Aufl.) 108. (specifische Niederschläge) 148. 238. (frühzeitige nach syphilitischer Infektion) 192. (Klin.-anatomisches) 238. —, Landry'scho 47. 49. —, aufsteigende nach antirabischer Behandlung 161. — S. a. Dementia.
Paranephritis, metastatische 18. 19. — S. a. Cyste.
Paranuclainsäure d. Caseins 140.
Paratuberkulin, Ophthalmoreaktion 150.
Paratyphusbacillen, Immunisirung mit Giften ders. 229.
Parotis, luetische Erkrankung 191.
Parovariotomia vaginalis sub partu 246.
Patella, veraltete Brüche 263. —, Sarkom 263.
Patellarreflex, ergographische Untersuchungen 144. —, Fehlen b. Hysterie 156.
Pathologia, d. Nebennieren u. d. Morbus Addisonii (von *Alexander Bittorf*) 105. —, d. Kehlkopftuberkulose (von *G. Besold* u. *H. Gidionsen*) 107. —, Handbuch d. allgemeinen (von *L. Krehl* u. *F. Marchand*, I. Bd.) 220. —, der plötzlich das Leben gefährdenden Krankheitszustände (von *Lenzmann*) 222.
Palvioplastik 206.
Pepsin, Sekretion d. Säuglings 92.
Peptone s. Eiweisspeptone.
Perhydrasemilch 141. 175.
Perhydrol, Anwendung in d. Chirurgie 236. —, Inhalationen 240.
Perinephritis, eiterige 19.
Peristaltik, Beeinflussung durch chemische Mittel 152. 153.
Peritonaeum, uterosacrale Bänder 83. —, primäre Perlsucht b. Kind 161. 163.
Peritonitis tuberculosa (Sonnenbäder) 16. (Behandlung) 82. 183. (b. Kind) 252.
Perkussion d. Lungenspitzen 64. 67.
Perlsucht, Verhalten zur Menschentuberkulose 53. 57. —, primäre d. Bauchfells b. Kind 161. 163. —, Tuberkulin 179.
Perlsuchtbacillen, Färbemethoden 41. —, Verhalten zu Tuberkelbacillen 53. 57. —, granuläre Form 54. 58.
Pest, Immunisirung vom Magen oder Rectum aus 146. —, Schutzimpfung 161.
Phagocytose, solch. befördernde Substanzen d. Blutserum 39. —, solch. d. Tuberkelbacillen 58.
Pharmakologie d. autonomen Nervensystems 142.
Pharyngotomia suprahyoidea 256.
Pharynxreflex, diagnostischer Werth 47. 49.
Phenol gegen Endometritis 199.
Phimose, Behandlung d. geschwürigen 244.
Phlebitis, syphilitische 191.
Phlorizin, Einfluss auf Diurese 154. —, Diabetes 154.
Phosphor, Gehalt von Lecithinpräparaten an solch. 140. —, Einfluss auf d. Stoffwechsel 140. — S. a. Eisen.
Phosphorlebertran, Wirkung b. Rhachitis 152.
Phosphorsäure, alkalimetrische Bestimmung 140. — S. a. Polypeptidphosphorsäure.
Phototherapie, allgemeine 12. 13. 14. (Radiumemanation) 12. (Luft-Sonnenbader) 13. 14. (Röntgenstrahlen) 14. —, specielle 15. 16.
Phthisis u. Syphilis 192. 193.
Physiologie d. autonomen Nervensystems 142. —, d. Muskeln 144. — S. a. Grundzüge; Handbuch.
Physostigmin, Einwirkung auf d. Dünndarm 152.
Phytin 152.
Pigment, Genese desjenigen d. Epidermis 140. 141. —, Verhalten b. Morbus Addisonii u. Cirrhosis hypertrophica pigmentaria 149.
Placenta, von ders. stammende Fermentintoxikation 87. —, Tuberkulose 150. —, subchoriale Cyste 248. —, Angiom 249.
Placentablut, Injektion von solch. b. Carcinom 235.
Plastik, im Uretergebiet 134. 135. —, an d. weiblichen Genitalien 245. — S. a. Osteoplastik.
Platin, colloidales b. Tuberkulose 182.
Plattfuss, u. Fusswurzeltuberkulose 99. —, Behandlung schwerer Formen 99. —, Einlagen 99.
Pleurahöhle, Cholesterinexsudat in ders. 242.
Pleuritis, Experimentelles 165. —, pulsirendes Exsudat 165.
Plexus brachialis s. Lähmung.
Pneumin b. Tuberkulose 182.
Pneumokokken, Injektion von Cultur b. Ulcus serpens 217.
Pneumonie nach Scharlach 160.
Pneumothorax mucl 241.
Polyp, typischer d. Nasenrachenraumes 186. —, solitärer d. Decidua 249. — S. a. Polyposis; Vegetationen.
Polypeptidphosphorsäure d. Caseins 140.
Polyposis coli et recti 242.
Poriomania 50.
Präcipitat-Reaktion (*Fornet*'sche) 238.
Präcipitina im Serum d. Phthisiker 57. —, specifische 147.
Prätuberkulose 62. 64. 66.
Prognose, klinische (von *Norbert Ortner*) 106.
Prolaps, d. Uterus (b. Neugeborenen) 85. (b. Nulliparen) 85. (Operation) 85. —, d. Eierstocks 86.

Prophylaxis, d. chirurg. Infektionen 40. —, d. Tuberkulose 167 flg. 173 flg. —, d. Syphilis 190. —, medikamentöse d. Masern 240.
Prostata, Hypertrophie 11. —, Tuberkulose 162. 166. —, Gummi 193.
Protozoën, pathogene (von *Th. v. Wasielewski*, 2. Heft) 221. —, b. Thieren 230.
Pruritus infantum 251.
Psammomkörper im Uterus 201.
Pseudoappendicitis hysterica 240.
Pseudohydronephrose, traumatische 133.
Pseudoleukämie, Einwirkung d. Röntgenstrahlen 15. —, u. Lues 192.
Pseudotetanie, hysterische 240.
Psoriasis vulgaris (Röntgenbehandlung) 15. (von *Jessner*) 272.
Psychiatrie, Rolle d. Hydrotherapie 5. —, Congress, Berichte 47. — S. a. Geisteskrankheiten; Psychose.
Psychische Krankheiten s. Geisteskrankheiten; Klinik; Psychose.,
Psychologie s. Grundzüge.
Psychose, Wasserheilverfahren 5. —, hysterische 49. —, neurastheu. Vorstadium 50. —, Manie u. Depression 50. —, akute nach Operation 50. —, u. Gicht 50. —, manio-depressive 157. (Angstaffekt) 157. (Rechenversuche) 158. — S. a. Stoffwechselpsychosen.
Puhertät, Kopfschmerz b. Mädchen 80.
Puerperalfieber, Serumbehandlung 43. —, Behandlueg mit intrauterieer Einspritzung ven Formollösung 43.
Puerperium, Einfluss auf Tuberkulose 55. 63.
Pupille, Centren 34. —, motorischo Valenz 35. —, Untersuchungen (b. Paralytikern) 45. (b. Geisteskranken) 46. —, einseitige Starre b. Oculomotoriuslähmung 46. —, Differenz als frühes Zeichen f. Tuberkulose 64. 67. —, Starre b. Hysterio 156. —, im katatonischen Stupor beobachtetes Phänomen 156. —, willkürliche Erweiterung 156. —, Verhalten b. Alkoholismus 156.
Purgen, Wirkung 242.
Pyololithotomie (Bluteegen) 26.
Pyelonephritis calculosa 25.
Pyeletemie b. Nophrolithiasis 22.
Pylorus, angeborone Stenose 92.
Pyocyanase 40. (b. Infektionkrankheiten) 52. (baktericide Eigenschaft) 146. (Wirkueg subcutaner Injektionen) 146.
Pyonephrese, Nephrektomie 18. —, nach Steinbildung 25.
Pyramidenbahn. Physiologie 34.
Pyramiden b. Tuberkulose 183.

Qarzlampe, Erfahrungen 74. (Lupusbehandlung) 74.
Qnecksilber, Ausscheidung b. Schmierkur 152. —, Anwendung b. luetischer Nephritis 191. —, Wirkung b. Syphilis 193. 194. 195. (salicylsaures) 193. 197. (Schnupfungskur) 196. (Inhalationkur) 196. (Injektionbehandlung) 196. 197. —, Einreiber zur Schmierkur 196. — S. a. Hydrargyrum; Mercuriol; Mergal.
Qnerlage, verschleppte 89.

Rachenhöhle, Gefässgeschwülste 186.
Rachenmandel, Entfernung 186. — S. a. Vegetationen.
Radioaktivität u. Schlammbäder 7.
Radieskopie, zur Untersnchung tuberkulösen Fleisches 103. —, b. Fremdkörpern 213.
Radiotherapie 14.
Radium, Wirkung d. Emanation auf d. menschlichen Körper 12. —, Behandlung (d. Lupus) 15. (d. Trachom) 265. —, Hautverbreneung b. Bestrahlung 234.
Radius, typischer Bruch 260.
Rasselgeräusche, Physikalisches u. Klinisches 184.
Rassen, Empfänglichkeit gegen Tuberkulose 53. 56.
Reaktioeen, biochemische 142.
Real-Encyklopädie d. gesammten Heilkunde (von *Alb. Eulenburg*, 4. Aufl., IV. Bd.) 222.
Rectum, Harnleutereinpflanzung 135. —, Absorption (d. Tuberkulin) 145. 150. (eingebrachter Antikörper) 146. —, Polyposis 242.
Recurrens-Spirochaetose 147.
Reflexe, nasale 80. — S. a. Achillessehnenreflexe; Patellareflexe; Pharynxreflex; Pupille.
Reflexerregbarkeit Wirbelloser 144.
Reptilien, Tuberkulose 54. 57.
Resektion d. Thorax b. Empyem 96. —, d. Ellenbogengelenks 98. —, b. Fnsswurzeltuberkulose 98. —, kranker Rippenknorpel 211. —, von Knochen b. Verkürzungeo 216. —, d. Kniegelenks 263. —, am Tarsus u. Metatarsus 264.
Resonanztheorie, *Helmholtz*'sche 227.
Respirationtractus s. Luftwege.
Retentio urinae (hysterische) 47. 49.
Retina (in d. Sehleiste) 35. (d. Macula) 35. —, Reaktionzeiten f. d. holl- u. dunkeladaptire Auge 37. —, Empfindlichkeit f. farbige Lichter 37. —, Bewegungsnachbild 37. —, optische Täuschung 38. —, Ablosung 100. —, Blutungen 162. 165. — S. a. Farbenempfindung; Lichtempfindung; Sehee.
Retinitis b. hereditärer Lues 193.
Rotroflexie utori 83. 84. (Operation) 84. 85. (puerperalis) 85.
Rhachisan 44.
Rhachitis, Behandlung (Rhachisan) 44. (Phosphorleberthran) 152. 208. 209. —, späte 97. 209. (tuberkulosen Ursprungs) 167. —, Beziehung zu (hereditärer Lues) 193. (Nebennieren) 208. (Spitzbogengaumen) 209. —, angeborene u. frühzeitig erworbeno 208. 209.
Rheumatismus, tuberkulöser 167.
Rhodaekalium im Speichel Tuberkulöser 161. 164.
Ricinusöl, Einfluss aufd. Verdauugsbewegungen 153.
Riesenzellen, Experimentelles 234.
Ripponknorpel, Resektion 211.
Röntgenntlaa, geburtshülflichor (von *G. Leopold* u. *Th. Leisewitz*, 1. Lief.) 223.
Röntgenstrahlen, Schädigungen 14. —, zur Behandlung von (Hautenreinom) 15. (lymphatischem Sarkom) 15. (Leukämie) 15. (Psoriasis) 15. (Ekzem) 15. (Periodenbeschwerden) 81. (Gelenkversteifung) 216. —, Klinisch-experimentelles 15. —, Anwendung (in d. Neurologie) 16. (b. Nephrolithiasis) 21. 22. 23. 24. 129. 130. 131. 132. (b. Lungentuberkulose) 64. 68. (zur Untersuchung tuberkulösen Fleisches) 103. —, Einwirkung auf Fermente 140. —, Verhalten d. thiorischon Körpers gegen Infektionen nach Einwirkung solch. 147. — S. a. Röntgenatlas.
Rückenmark, Durchscheeidnng hinterer Wnrzeln 34. —, cortico-spinale Bahn 34. —, Tumer vortäuschendes Krankheitbild 47. 49. —, Veränderungen b. Lues 238. —, Geschwülste 268. — S. a. Centralnervonsystem.

Sachverständigen-Thätigkeit s. Handbuch.
Säugling, Soor im Nierenbecken 18. —, Tuberkulininjektionen 65. 69. 93. —, Tuberkulose 161. 163. 173. —, Morbidität 90. —, angeborene Lebensschwäche 90. —, getrunkene Milchmengen b. Brustkind 92. —, habituelles Erbrechon 92. —, Pylorusstenose 92. —, Pepsinsekretioe 92. —, Mehlfütterungen 93. —, Seifenstuhle 93. —, grüee Stuhle 93. —, Diphtheriestenosen d. Kehlkopfs 95. —, Fürsorgestellen 102. —, Ernährung u. Militärtauglichkeit 103. —, Lues hereditaria 193. —, Ernährung mit (Kefirmilch) 207. (Yoghurt) 207. —, Ekzem 251. —, tastbare Lymphdrüsen 252.
Sajodin, Anwendung u. Wirkung 44.
Salbe s. Linoval.
Samenbläschen, Tuberkulose 166. 257.
Sanateriee, n. Bäderwesen 8. —, schwimmende 16. — S. a. Lungenheilstätte.
Sarkom, lymphatisches 15. —, d. Schilddrüse 212. —, d. Trachea 243. —, d. Patella 263.

Sauerstoff, Einfluss (auf d. Reflexerregbarkeit) 144. (auf Wunden u. Infektionen) 237. —, Gaswechsel 269.
Saugbehandlung, d. puerperalen Mastitis 91. —, b. Nasenerkrankungen 185. — S. a. Lungensaugmaske.
Scepula, angeborener Hochstand 258. —, Osteomyelitis 258.
Schädel, Tuberkulose 94. —, Hyperostosen 254.
Schanker, tuberkulöser 162. 166. —, extragenitaler 190. 191. —, Behandlung 244.
Scharlach, Einfluss d. Schule auf d. Verbreitung 159. —, Nachkrankheiten 159. —, Recidiv u. Pseudorecidiv 159. —, folgende Masern 159. —, Serumbehandlung 159. 160. —, Lebercirrhose b. Kind nach solch. 160. —, Complikationen 160.
Schilddrüse, Einwirkung (d. Jodkalium) 44. (d. Darreichung solch. auf d. Stoffwechsel) 152. —, Rolle in d. Ekzembehandlung 187. —, Beziehung zur Fistula colli mediana 211. —, bösartige Geschwulste 212. — S. a. Struma.
Schlafkrankheit s. Trypanosomiasis.
Schlafmittel aus d. Verenalgruppe 151.
Schlemmhäder 7.
Schleimbeutel s. Schultergelenk.
Schmierkur, Quecksilberausscheidung 152. — S. a. Quecksilber.
Schule, Einfluss auf Scharlachverbreitung 159. —, Schutz gegen Tuberkulose 173. —, Ursache d. Skoliose 214.
Schulterblatt s. Scapula.
Schultergelenk, Schleimbeutelentzündung 258. —, Luxation nach hinten 258. —, Arthrodese 259.
Schuppenflechte (von *Jessner*) 272.
Schussverletzung d. Harnleiters 135. — S. a. Nahschuss.
Schutzimpfung, gegen Pest 161. —, gegen Tuberkulose 175.
Schwachsinn, moralischer 240.
Schwäche, sexuelle (Phytin) 152.
Schwangerschaft s. Gravidität.
Schwefelbäder b. Schmierkur 152.
Schweisse, Bromural als solch. hemmendes Mittel 151. — S. a. Nachtschweisse.
Schweizer Reisen- u. Kur-Almanach 10.
Schwindsucht s. Lunge; Tuberkulose.
Schwitxprocedur, Verhalten d. Arteriosklerotiker b. solch. 4.
Scopolamin-Morphium (Wirkung b. Geburten) 204.
Scrofulose u. Soolbad 11. (Combination mit Stahlkuren) 11. (Jodsoolbäder) 11. —, Beziehung zu Tuberkulose 161. 163. —, Integumentveränderungen 252.
Scrotum, Carcinom 257.
Sectio caesarea 245.
Seebad s. Norderney.
Seeklima, Einfluss auf Tuberkulose 176.
Seele s. Nerven.
Seereisen 7.
Sehen, chemisch-physikalische Grundlagen 227.
Sehne, Ruptur 217. 262.
Sehnenreflex s. Achillessehnenreflex; Patellareflex; Pharynxreflex.
Sehschärfe, Untersuchungen 35.
Sehstörung b. Hysterie 47.
Seife, desinficirende Bestandtheile 237. — S. a. Kresolseife.
Seifenstühle 93.
Semiotik, klin. (von *Alois Pick* u. *Adolf Hecht*) 105.
Senna, Einfluss auf d. Verdauungsbewegungen 153.
Sensibilität, thermische 3. — S. a. Juckempfindungen; Kitzelempfindungen.
Sepsis s. Influenza.
Septikämie s. Diphtheriebacillen.
Serositis, multiple 242.
Serum, organische Bestandtheile 32. —, bakteriolytisches 40. —, osmotischer Druck 139. —, Heilwerth u. Giftigkeit d. antitoxischen 150. —, Einwirkung desjenigen tuberkulöser Bovideen auf d. Cobragift 229. 230. —, Einspritzung von antitetanischem b. Verwundung 241. — S. a. Blutserum.
Serumbehandlung, d. Puerperalfiebers 43. —, d. Tetanus 43. 241. —, b. Scharlach 159. 160. —, d. Tuberkulose 180. 181. —, b. Erkrankungen d. Auges 217. —, d. bacillären Dysenterie 240. —, b. Verwundung 241.
Serumdiagnose, d. Syphilis 76. 79. —, b. Carcinom 255. — S. a. Technik.
Serumkrankheit, Verhalten d. Leukocytose 39.
Sexualreform 101. — S. a. Grundzüge.
Silbercatgut 94.
Silberspirochaete 231.
Sinus maxillaris (maligne Tumoren) 256.
Sklerotomie b. Glaukom 265.
Skeliose, tuberkulösen Ursprunges 97. —, Ursache 214. —, Concavtorsion 214. —, solch. b. Kinderlähmung 214.
Sonnenbader 13. 14. (b. Tuberkulose) 16. 182.
Sonnenlicht, Wirkung auf Bakterien 14.
Soolbad u. Scrofulose 11.
Soor im Nierenbecken d. Säuglings 18.
Spätgeburt 90.
Spasmophilie u. Calcium 210.
Spatel, *Simon*'scher 244.
Speculum, selbsthaltendes 244.
Speichel, Gehalt an Rhodankalium b. Tuberkulösen 161. 164.
Speikind 92.
Speiseröhre s. Oesophagus.
Sperma, Reaktion 220.
Spermatozoën, Schicksal d. nicht zur Befruchtung gelangenden 142.
Spirillen u. Trypanosomen 148.
Spirocheete, Befund b. framboesiformer Hauterkrankung 75. —, palhda (Darstellung im Gewebe) 76. 78. (Dunkelfeldbeleuchtung) 76. (ätiologische Bedeutung) 76. 77. 193. (Silberspirochaete) 76. 77. (Verhalten b. antiluetischer Kur) 76. 80. (b. congenitalor Syphilis) 231. —, solch. d. experimentellen Recurrens 147. —, Ausbreitung von d. Inoculationstelle aus 191.
Spitzhogengaumen 209.
Spondylitis typhosa 214.
Sputum, Tuberkelbacillen (Färbung) 54. 58. (Lagerung) 54. 58. —, elastische Fasern 67. —, Glykogen in dems. b. Phthisis 66. 72. —, Sterilisirung d. tuberkulösen 174.
Stärkekleisterplatte für diastatische Fermente 242.
Staphylokokkon, Einwirkung von Formaldehydgas auf solch. 267.
Stauhinhalation, experimentelle Krankheiten durch solch. 41.
Stauungshehandlung, b. Haut- u. Geschlechtskrankheiten 74. —, zur Beförderung d. Milchsekretion 91. —, Wirkung ders. im Thierexperiment 149. —, Anwendung (b. Bartholinitis) 197. (b. Hirnhautentzündungen) 241. — S. a. Saugbehandlung.
Steine s. Nephrolithiasis; Pyelolithiasis; Ureter.
Steinniere s. Fettsteinniere; Nephrolithiasis.
Stenose, d. Pylorus (angeborene) 92. —, d. Kehlkopfes b. Diphtherie 95.
Sterblichkeit (d. Kinder) 102. (d. Landbevölkerung) 102. (d. Säuglinge) 103.
Stereoskopische Bilder (von v. *Pflugk*, 2. Aufl.) 109.
Sterilität, Ursache 142.
Sternum, Manubriumcorpusverbindung 55. 62.
Stillfähigkeit 91.
Stimmritze, Schrägstand b. Lungentuberkulose 73. 162. 165.
Stimmungsirresein 157.
Stoffwechsel, Störungen während d. Gravidität 86. 87. —, b. Säuglinge 93. —, Einfluss d. Phosphors auf dens. 140. —, Variationen d. Nierenleistung 143. —, Einfluss d. Schilddrüsendarreichung 152. — S. a. Eiweiss.

Stoffwechselpsychosen (von *Walther Ewald*) 269.
Strafanstalten, Tuberkulose in solch. 53. 56.
Strahlen, Augenschutz gegen ultraviolette 101.
Streptothrix, blauen Farbstoff bildende 230.
Strophulus, salzarme Kost 251.
Struma, Amyloid in solch. 43. —, maligna 212. —, congenita 212. —, Lähmung d. Nervus laryngeus inf. 212.
Strumektomie 212. —, Recurrensverletzungen 212.
Sublimat, intravenöse Injektionen b. Syphilis 151. —, Vergleiche mit Chinosol 236.
Sulphatquellen 9.
Suprareuin, Anwendung in d. Dermatologie 74. —, u. Cholin 143. —, Wirkung auf d. Harnsekretion 153.
Surra 231.
Synovitis postscarlatinosa 159.
Syphilis, d. Kehlkopfes (Differentialdiagnose) 68. —, spontane Trachealfistel 73. —, Bakteriologie 76—80. (Spirochaete) 76. 77. 78. 231. (Cytorrhyctes) 76. 77. —, Complementbindungsreaktion u. Serumdiagnose 76. 79. 238. 250. —, Uebertragung auf Thiere 76. 79. 80. —, Stand d. Forschung 76. 80. —, specifische Niederschläge 148. 238. —, congenitale d. Nebennieren 149. —, Lymphdrüsenbefunde 149. —, intravenöse Sublimatinjektionen 151. —, Immunität u. Reinfektion 189. —, Prophylaxe, Hygiene, Geschichte, Sterblichkeit 189. 190. —, Pathologie (extragenitale Uebertragung) 190. (sekundäre) 191. (tertiäre) 192. (Infektiosität) 193. (hereditäre) 193. 253. (Dauermerkmale) 191. 192. (gleichzeitige Phthise) 192. 193. —, Therapie (Präventivbehandlung) 151. 193. 194. (Excision d. Primäraffekte) 194. (Mergal) 194. (Atoxyl) 151. 193. 194. 195. 236. (Quecksilberschnupfungskur) 196. (Mercuriol) 196. 197. (Inhalationkur) 196. (Injektionbehandlung) 196. 197. (nucleinsaures Natrium) 197. —, d. Uterus 198. —, Leucoderma (von *Alfred Brandweiner*) 223. —, u. Framboesie 231. —, cerebrospinale Veränderungen 238. —, Hutchinson'sche Zähne 253.

Tabes dorsalis, specifische Niederschläge 148. —, Anwendung von Atoxyl 195. —, Differentialdiagnose 238.
Täuschung, optische 38.
Tannin, Einwirkung auf d. Dünndarm 152.
Tarsus, Resektion 264.
Technik d. serodiagnostischen Methoden (von *Paul Th. Müller*) 105.
Temperatursinn, Einfluss hydriatischer Procednren 3.
Teratom, retrobulbäres 256.
Tetanie, mechanische Uebererregbarkeit d. motorischen Nerven 155. —, Ursache 210. —, b. Kindu 252.
Tetanus, Serotherapie 43. —, Resorption d. Toxins durch d. Dickdarmschleimhant 145. — S. a. Muskel; Serum.
Theilabreibnng, schottische 2.
Theilbäder, heisse 3. 4.
Thorapie, physikalische 2. —, d. plötzlich d. Leben gefährdenden Krankheitzustände (von *Lenzmann*) 222. — S. a. Compendium; Leistungen.
Thermalquellen, Vorkommen in Tunis 11.
Thermodynamik d. Muskelcontraktion 229.
Thermopenetration 242.
Thermotherapie, physiologische Grundlage (von *W. Winternitz*) 1. —, Technik 2.
Thiopinolbäder b. Schmierkur 152.
Thornx, phthisious 55. 62. —, Resektion b. Empyem 96.
Thränensack, trachomatöse Erkrankung 218. —, Fistelbehandlung 218. —, Exstirpation 219.
Thränenwege, permanente Drainage 218.
Thromho-Embolie, postoperativo 255.
Thymolkampher, zur Injektion in tuberkulöse Abscesse 151.
Thymustod, Ursachen 213.
Thyreodysplasie, fötale 252.
Tod s. Ertrinkungstod.
Todtenstarre d. Muskels 144.
Tonsille, Bedeutung für d. Entwickelung d. Tuberkulose 54. —, Physiologie u. Abtragung 186. —, syphilitischer Primäraffekt 191. — S. a. Abscess; Zungentonsille.
Torticollis, Behandlung 258.
Totalanästhesie 240.
Toxine, elektrische Ladung 32. —, d. Choleravibrio 40. —, Einfluss auf d. Eiweissabbau d. Zelle 139. —, d. Tetanus 145. —, d. Diphtherie 148. 149.
Trachea, Devintion 73. 162. 165. —, luetische Fistel 73. —, primäre Tumoren 256. (Sarkom) 243.
Tracheotomie, b. Diphtherie 95. —, vorherige Punktion 187.
Trachom, Entstehung u. Entwickelung 218. —, Heilung durch Radium 265.
Trauma, Einfluss auf Entstehung d. Wanderniere 27. 29. —, sexuelles 48. —, Einfluss auf Tuberkulose 56. 61. —, Ureterverletzung 133. 134.
Tremor, hereditärer essentieller 238. —, statischer 238.
Trinkkuren zu Hause 9.
Trochantor-Spinalinie 99.
Trommelschlägerfinger b. Phthise 165.
Trypanosomon, Atoxylfestigkeit 148. —, u. Spirillen 148. —, b. Thieren 230. —, Uebertragung 231. — S. a. Nagana.
Trypanosomiasis, in Ubangi 148. —, experimentelle Uebertragung 231. (Blutveränderungen) 231. (Hepatitis) 231. (Behandlung) 236.
Tsetso s. Nagana.
Tsutsugamuschikrankheit 230.
Tubo, Tuberkulose 83.
Tuberkelbacillen, Virulenz 41. 165. —, d. Menschen u. d. Thieres 53. 57. —, Mutationen 54. 57. —, grannläre Form 54. 58. —, Säurefestigkeit 41. 54. 58. —, Färhung 54. 58. —, Zuchtung 54. 58. —, Phagocytose 58. —, Latenz 55. 60. —, Einwirkung auf dens. (d. Organzelle) 60. (menschlicher Lymphe) 150. —, Nachweis in (Cerebrospinalflüssigkeit) 64. 68. (im Harn) 64. 68. (im Blute) 161. 164.
Tuberkulin, zur Diagnose d. Tuberkulose (Hautreaktion) 64. 65. 69. 70. 72. 211. (Conjunctivalreaktion) 65. 66. 70. 71. 72. 93. 100. 150. 210. (percutane Anwendung) 66. 71. —, Anwendung in d. Gynäkologie 81. —, Ueberempfindlichkeit 145. —, Absorption durch d. Rectum 145. 150. —, zur Behandlung d. Tuberkulose 177. 178. 179. 180. — S. a. Perlsuchttuberkulin.
Tuberkulo-Bacillien 184.
Tuberkulose, experimentelle 41. —, Nucleogeneinspritzungen 44. —, *Allgemeines, Aetiologie* 53—64. —, Stand d. Bekämpfung (von *Nietner*) 53. 56. —, Congressberichte 53. 56. —, Statistik 53. 56. 72. —, Verbreitung 53. 56. —, Rassenverschiedenheiten 53. 56. —, Häufigkeit 53. 56. —, in Gefängnissen 53. 56. —, Beziehungen d. menschlichen zur thierischen 56. 57. (d. Affen) 53. 57. (Gehalt d. Blutes an specifischen Substanzen) 56. 57. (d. Vögel) 54. 57. (d. Reptilien) 54. 57. —, Infektionwege 54. 58 flg. (Inhalation) 58. 59. (Deglutition) 60. (congenitale Uebertragung) 61. 72. —, ererbte Disposition 62 flg. (Prätuberkulose) 62. (Beziehung zu Gicht) 62. 161. 164. (zu Nasenstörungen) 62. (Anomalien d. oberen Brustapertur) 55. 62. (subapicale Furchon) 55. 63. —, erworbene Disposition (Berufschädlichkeiten) 55. 63. (Alkohol) 55. 63. (Schwangerschaft, Wochenbett) 55. 63. (Trauma) 56. 64. —, *Diagnose* 64—72. —, Prätuberkulose 64. 66. —, Frühdiagnose 64. 66. 67. —, Röntgendurchleuchtung 64. 68. —, bakteriologische Untersuchungsmethoden 64. 68. —, Tuberkulin 64. 65. 68. 69. 70. 71. 93. 210. 211. —, *Klinisches*, hypertrophische d. Flexura sigmoidea 72. —, Erkrankung b. solch. (d. Leber) 72. (d. Milz) 72. —, Beziehung (zu Hautkrankheiten) 73. (zu adenoiden Vegetationen) 73. (zur Gravidität) 55. 63. 73. 88. 182. —, d. Kehlkopfes 73. 88. (von *O. Besold* u. *H. Gidionsen*) 107. 162. 165. 183. 186. —, d. Lungen- u. Bron-

chialdrüsen b. Kinde 93. —, d. Schädelknochen 94. —, d. weiblichen Genitalien 82. 83. —, Knochenerweichung 97. (Skoliose) 97. —, d. Wirbelsäule 97. —, d. Ellenbogengelenkes 98. —, d. Hüftgelenkes 98. —, d. Fusswurzel 99. —, d. Auges 100. —, Einfluss d. Ernährung 103. —, d. Nebenniere 149. —, d. Placenta 150. —, Abscesse 151. —, Epidemie 161. 163. —, b. Säuglinge 161. 163. —, Perlsucht b. Menschen 161. 163. —, Beziehung (zu Scrofulose) 161. 163. (zu Chlorose) 161. 164. (zu Arteriosklerose) 161. 164. (zu Syphilis) 165. —, Herz- u. Blutbefunde 161. 164. —, Harnbefunde 161. 164. —, Diazoreaktion 161. 162. 165. —, Hautbeschaffenheit 161. 164. —, Magen-Darmstörungen 161. 164. —, Blutungen 162. 165. —, Mischinfektion 162. 165. —, Einfluss auf Leukämie 165. —, nervöse Störungen 165. —, solch. d. Haut 162. 166. —, d. Magens 162. 166. —, d. Speiseröhre 162. 166. —, d. Darmes 162. 166. —, d. Meningen 162. 166. —, d. Urogenitalsapparates 162. 166. —, d. Mamma 163. 166. —, d. Nasenhöhle 163. 166. —, d. Ohres 163. 167. —, d. Zahnfleisches 163. 167. —, entzündliche 163. 167. —, d. Peritoneum 183. —, d. Gelenke (Behandlung) 184. —, d. Uterus 201. 202. —, chirurgische 210. 211. —, d. Samenbläschen u. Vasa deferentia 257. —, *Verhütung, Behandlung* 167—184. —, Schutz d. Kinder 173. (in d. Schule) 173. —, Schutz d. Medicinstudirenden 173. —, Sterilisation (d. Luft) 174. (d. Sputum) 174. —, Schutz d. Gesunden 174. —, Anzeigepflicht 174. 175. —, Behandlung (Perhydrasemilch) 175. (Schutzimpfung) 175. (Ernährung) 175. (klimatische Behandlung) 176. (Heilanstalten) 176. (Ersatz solcher) 177. (Fürsorgestellen) 177. (specifische Behandlung u. aktive Immunisirung) 177. 178. 179. 180. (passive Immunisirung) 180. (Hyperämie) 181. (operative Eingriffe) 181. (Ruhigstellung d. kranken Lunge) 181. (Unterbrechung d. Schwangerschaft 182. (Sonnenlicht) 182. (Medikamente) 182. 183. (symptomatische Behandlung) 183. (Atoxyl) 195. — S. a. Cohragift; Leber; Lunge; Lungenheilstätte; Meningitis; Miliartuberkulose; Peritonitis; Phthisis.

Tumor, d. Harnleiters 138. —, polymorphzelliger d. Cervix uteri 201. —, bösartiger d. Schilddrüse 212. —, Entstehung aus verlagerten Keimen 232. —, Wachsthum u. Wachsthumstillstand 232. —, Experimentelles 233. —, Parasiten bösartiger 233. —, retrobulbärer teratoider 256. —, solch. (d. Zungenbasis) 256. (d. Trachea) 256. — S. a. Geschwülste.

Tunis, Vorkommen von Mineralwässern u. Thermalquellen 11.

Typhus abdominalis (Bäderbehandlung) 6. (nachfolgende Spondylitis) 214.

Typhusbacillen, Immunisirung mit Giften ders. 229.

Uhangi, Trypanosomiasis 148.

Ueberempfindlichkeit, passive 145.

Uebererregbarkeit, galvanische d. Kinder 210.

Uebersehwemmungsfieber 230.

Ulcus, serpens corneae (Serumtherapie) 217. (*Roemer*'sches Immunisirungsverfahren) 217. —, venerisches (Behandlung) 244.

Umschläge 2.

Unfall, Hysterie nach solch. 47. 49. —, Einfluss auf Tuberkulose 56. 64. —, elektrischer 219. — S. a. Trauma; Unglücksfälle.

Unfallversicherungsgesetze, Reformen (von *A. Hoche*) 270. — S. a. Handbuch.

Unglücksfälle, Vertheilung auf Tage u. Stunden 219.

Unterkiefer, Abscess 186.

Unterschenkel, osteoplastische Amputation 263.

Untersuchungsmethoden s. Lehrbuch.

Urämie, Aderlass u. Kochsalzinfusion (von *C. Reitter*) 271.

Urate, Ausfallen ders. b. Gicht 149.

Ureter, Steine 21 flg. 129—133. (Diagnostik) 23. (Röntgenstrahlen) 23. 24. (gleichzeitiger Blasenstein) 25. —, Chirurgie 126 flg. (von *M. Zondek*) 128. —, Verschluss 25. 127. 128. 131. 132. —, Einfluss chemischer Substanzen auf d. Contraktionen dess. 127. 128. —, normale u. pathologische Physiologie 126. 129. —, Erkrankung u. Operationen am unteren Ende 128. 129. —, Katheter u. Sonden 130. —, Schrumpfung 131. —, Verletzungen 133. 134. 135. (b. operativen Eingriffen) 133. 134. —. Fisteln 134. 136. —, Nahtvereinigung 127. 135. —, Einpflanzung (in d. Blase) 127. 128. 133. 134. 135. 136. (in d. Mastdarm) 128. 135. 136. 245. —, künstlicher Ersatz 136. —, Cyste 136. —, Dilatation (intermittirende) 136. (doppelseitige) 137. —, Hernie 137. —, primäre Tumoren 138. —, congenitale Verlagerung d. unteren Endes 134. —, Plastiken 134. 135. 136.

Ureteritis, cystica 137. —, membranacea 137.

Urethra, Sklerose d. Fossa navicularis 190. 191.

Urin s. Harn.

Urogenitaltuberkulose 162. 166.

Urologie, Röntgenstrahlen im Dienste ders. 21. 23. —, Anästhesie mit Alypin 44.

Uterus, Tuberkulose 82. —, uterosacrale Bänder 83. —, Rückwärtslagerung 83. 84. 85. —, Ventrifixur 84. 85. —, Prolaps (b. neugeborenem Kinde) 85. (b. Nulliparen) 85. (Operation) 85. —, inguinale Hernie dess. 86. —, Einklemmung d. graviden 88. —, Epithel 141. —, schneckenförmiger 198. —, syphilitische Erkrankung 198. —, Wirkung von Aetzmitteln auf d. Schleimhaut 198. —, Diagnose d. Malignität 199. 200. —, Carcinom (Frühdiagnose) 200. (bösartige Veränderungen an Myomen) 200. 201. (Differentialdiagnose gegenüber Gummi) 200. (gleichzeitiges d. Mamma) 201. (gleichzeitige Tuberkulose) 201. (gleichzeitiges d. Ovarien u. d. Magens) 202. (operative Behandlung) 202. 203. —, polymorphzellige Tumoren d. Cervix 201. —, multiple Adenomyome 201. —, Combination von Carcinom, diffusem Adenom u. Tuberkulose 201.

Uternshanchdeckenfistel 206.

Uveitis, chronische 100.

Vagina, Fistel zwischen ders. u. Ureter 134. 136.

Vas deferens, Tuberkulose 257.

Vasoconstriktoren d. Chorda tympani 143.

Vegetationen, adenoide (Beziehung zu Tuberkulose) 73. (Verhalten d. Diphtheriebacillen) 186.

Veitstanz s. Chorea.

Venen, Ektasien b. luetischen Neugeborenen 193.

Verbrennungen, d. Auges 101. —, d. Haut b. Radiumbestrahlung 234.

Verdauungskanal, Aufwärtswandern d. Bakterien 41.

Vererbung d. Tuberkulose 61.

Vergiftung, experimentelle mit Phosphor 140.

Veronal, Schlafmittel aus d. Gruppe dess. 151.

Versicherungsgesetz s. Hebammen.

Vitiligo u. Lues 191.

Vögel, Tuberkulose 54. 57.

Volksernährungsfragen (von *Max Rubner*) 271.

Vorfall s. Prolaps.

Vulva, Tuberkulose 82. —, Fistel 134. —, Carcinom 197.

Wanderniere, Pathologie, Therapie 27. 28. (von *F. Legueu*) 27. 28. (von *C. W. Suckling*) 27. 28. (operative Behandlung) 27. 28. 29. 30. (Endresultate) 27. 29. 31. (Methoden) 29. 30. —, angeborene 28. —, Einfluss d. Trauma 27. 29. —, orthopädische Behandlung 27. 29. —, Festlegung durch Verwachsungen 27. 30. 31. —, Hydronephrose 28. 31. —, Erkrankungen 31. 32. —, Symptome 32. —, Schmerz 32.

Wanderzustände, epileptische 50.

Warzen s. Hauthörner.

Wasser, gefässverengernde Wirkung dess. auf d. Niere 228. — S. a. Fluggiwasser; Mineralwässer.

Wasserheilverfahren s. Hydrotherapie.

Wechselstrombäder s. Bäder.

Wendung, prophylaktische Armlösung 89.

Wiederbelebung b. Ertrinkungstod 220.
Wiesbaden, Klima 17.
Winterklima Aegyptens 17.
Wirbel, Tuberkulose 97. —, Geschwülste 268.
Wirbelsäule, Pott'sche Krankheit 97. —, Versteifung 97. — S. a. Lendenwirbelsäule; Skoliose; Spondylitis.
Wohnung, Desinfektion 267.
Würgreflex, diagnostischer Werth 47. 49.
Wunde, Einwirkung d. reinen Sauerstoffs 237.
Wuth s. Lyssa.

Zahn, Hutchinson'sche Deformität 253.
Zahnfleisch, primäre Tuberkulose 167.
Zange b. hohem Gesichtsstande 247. — S. a. Abortzange.
Zehen s. Hyperdaktylie.
Zelle, Einfluss d. Toxine auf d. Eiweissabbau ders. 139. —, Wesen d. Avidität ders. zu d. Nährstoffen 232. — S. a. Riesenzelle.
Zink s. Chlorzink.
Zunge, Geschwülste 256.
Zungentonsille als Eingangspforte d. Tuberkelbacillus 55. 61.
Zwangserscheinungen, Klinik u. Aetiologie 240.
Zwillinge, Häufigkeit eineiiger 89.
Zwillingschwangerschaft u. Hydramnion 88. —, örtliche Verschiedenheiten solcher 89.

Namen-Register.

Abderhalden, E., 17.
Abelsdorff, P., 46.
Abrams, A., 64.
Achard 56.
Adam 217.
Adams, B., 172.
Adenot 19.
Adler 54. 126. 240.
Adrian, C., 21. 126.
Albers-Schönberg 19. 20.
Albrecht 18.
Albu, A., 111*.
Alessandri, O., 66. 163.
Alexander, A., 172.
Algiave, P., 27.
Alksne, J., 126.
Allard, Ednard, 242.
Allaria, O. B., 173.
Allen, A., 51. 54.
Allen, L. W., 126.
Alrutz, Sydney, 33.
Alter, W., 5.
Altmann, S., 11.
Amberg 101.
d'Amore, M., 65.
Amrein, O., 168. 171.
Anders, Ernst, 267.
Angelillo, Francesco, 44.
Angerer, O. v., 113.
Apelt, D. F., 238.
Apfelstedt, K., 89.
Apolant 233.
Arbore, E., 102.
Arcelin 19. 20.
Arloing, Fernand, 150.
Armando, T., 66.
Arnd, C., 44.
Arndt, G., 188.
Arnold, V., 53.
Arnsperger, H., 64.
Aronade, O., 65.
Arpa Auverny, Giovanni, 44.
Arronet, H., 7.
Arthand, G., 55. 168.
Aschaffenburg 47.
Assmy, Hans, 236.
Atlee, L. W., 27.
Auclair, J., 54.
Audeond, H., 65.
Audry 189.

Aufrecht 54.
Auverny, Giovanni Arpa, 44.
Auvray, R., 20.
Axmann, H., 197.
Ayres, W., 113.
Azua, Juan de, 196.

Bah 76.
Babes, V., 160. 161.
Babini, R., 163.
Bachmann 271*.
Bachrach, R., 41.
Backer 190.
Bächer, St., 40.
Baer, A., 169.
Baer, Gustav, 73. 162.
Baetjer, F. H., 20.
Baisch, B., 233.
Bakes, J., 113.
Baldassari, L., 126.
Baldwin, E., 55.
Baldwin, W., 168.
Ballero 171.
Ballo, O., 186.
Bandelier 64. 170.
Bandler, V., 65.
Barbat, H., 113.
Barbier, P., 44. 51.
Bardenbener 259.
Bardet 195.
Bardswell, N., 172.
Barling, G., 126.
Barrett, Ch. W., 203.
Barschach, P., 162.
Bartel, Julius, 41. 53. 54. 149. 162. 171.
Barth, E., 186.
Barthas, E., 88.
Bartkiewicz 113.
Bartlett, W., 20. 126.
Barton Jacobs, H., 168.
Baruch, S., 6.
Bassler, A., 27.
Basso, G., 171.
Battaglia, M., 231.
Bauer 65.
Baum, H., 162.
Baumm, Paul, 205.
Bayer, K., 211.
Bayly, H. Wansey, 170.
Bayon 190.
Bazy 126.

Béchert, H., 66.
Bechhold, H., 32.
Beck, C., 20.
Beck, E., 254.
Beck, S., 73.
Beck, S. C., 161.
Becker, Georg, 197.
Beer 126.
v. Behring 54.
Beitzke, H., 54. 76.
Benjamin, E., 147.
Benjamin, H., 66.
Bennet, J., 53.
Bensis, W., 114.
Berg, A., 113. 272*.
Bergeat, E., 96.
Bergell 233.
Bernbach, P., 40. 170.
Bernasconi, F., 126.
Bernd, E. v., 242.
Bernheim, S., 55. 167.
Bernheimer, St., 34.
Berninger, Johannes, 224*.
Bertarelli, E., 54. 55. 76.
Beschorner, H., 169.
Besold, G., 107*.
Besredka 150. 229.
Betagh 20.
Bettmann 195.
Beurmann 190.
Beyea, H. D., 27.
Bezeusek, A., 161. 168. 169.
Bhaudarkar, R. S., 161.
Biagi, M., 64.
Biberfeld, Joh., 153.
Bibergeil, E., 215.
Bieneufeld, Bianca, 39.
Bjerre, A., 272*.
Bille-Top. H., 219.
Billington 27.
Binet, M., 168.
Bingel, Adolf, 160.
Binswanger, E., 53. 64.
Bircher, E., 173.
Bischoff, H., 103.
Bisbop, S., 27.
Bissell 192.
Bittorf, Alexander, 20. 105*.
Bland-Sutton, J., 20.
Blaschko 76.
Blau, A., 248.
Blanel 126.

* bedeutet Bücheranzeige.

Blecher 211. 260.
Bley 66.
Bloch, A., 64.
Bloch, C. E., 92.
Blümel, K., 65. 172.
Blum, L., 65.
Blum, V., 20.
Blumenfeld, Felix, 17*.
Blumenkranz 5.
Blumenthal, Ferd., 151.
Bocchi, A., 27.
Bock, E., 171.
Bockenheimer, Ph., 254.
Boddaert, R. J., 139.
Boeg 55.
Bökelmann, J., 50.
Boellke, O., 170.
Boinet, E., 161.
Boissonnas, L., 92.
Bokelmann, W., 246.
Bollag, M., 168.
Bollenhagen, H., 172.
Boltunow, B., 37.
Bonney, V., 86.
Bonome, A., 55.
Bonvicini, Giulio, 46.
Borchert 20. 126.
Boruttau, H., 104.
Bory, L., 54.
Bossi, L. M., 198. 204.
Botey, Ricard, 187.
Bonet, G., 148.
Bovee, W., 20.
Bovis, R. de, 84.
Boyd, F. D., 113.
Bradford, St., 20. 258.
Bränner, Max, 143.
Braga, A., 172.
Brandweiner, Alfred, 223*.
Brault, J., 162.
Brauns, H., 171.
Braus, N., 227.
Breakey, J., 162.
Bregmann, L. E., 240.
Breinl, A., 148.
Breton, M., 41. 65. 145. 150. 170.
Brew 189.
Brewer, J., 168.
Brewitt, Friedrich, 251.
Brickner, S. M., 245.
Bricourt 51.
Bridré, J., 233.
Brieger, L., 2. 5.
Brodzki, Johannes, 185.
Broek, A. J. P. van den, 34.
Brown, L., 51. 168.
Brown, P., 20.
Bruce, W. J., 15.
Brüokner 100.
Brünings, Wilhelm, 243.
Brugsch, Theodor, 222*.
Brunn, M. v., 94.
Brunner, Friedrich, 203.
Bruns, Ludwig, 268*.
Buchanan, R., 169.
Budde 264.
Büdinger, K., 262.
Büttner, Otto, 248.
Bull 193.
Bulloch, W., 170.
Bumke, O., 35. 108*.
Bumm 172.
Bunz 64.
Burnczynsky, A., 191.
Burckhard, Georg, 198.
Burgos 20.
Burk, A., 40.
Burkhardt, A., 53.
Burkhardt, L., 237.
Burrell, H. L., 20.
Busch, Alfred, 158.
Bushnell, F. G., 73.
Butler 76.
Butler, T. Harrison, 66. 218.
Butler, W., 65.
Buttersack 184.
Buxbaum, Beni, 2*.
Byers, J., 167.

Cabot, A. T., 126.
Cabot, F., 20.
Cabot, H., 20.
Calabrese, A., 172.
Calwert, G. Crace, 170.
Calmette, A., 41. 54. 65. 145. 150. 170. 229.
Camac Wilkinson, W., 170.
Cambiaso, A., 171.
Campani, A., 172.
Câmpeanu, M., 72.
Camus, J., 167. 190.
Canby Robinson, G., 64.
Cannac 66.
Cannata, S., 65.
Cantani, Arnaldo, 160.
Carl, W., 150.
Carletti, M. V., 161. 162.
Carli, A., 126.
Carli, G., 172.
Carlsson, Sture, 53.
Carpi, U., 161.
Carstens 27.
Cartier, P., 162.
Casper, L., 113. 126.
Cassoute 93.
Cawardine 27.
Ceccherelli 113.
Celli, A., 43.
Chabas, J., 66.
Chalier, André, 97. 163.
Chalier, Joseph, 72.
Chambrelent 113.
Chaters, J. Symonds, 162.
Chavannaz, G., 127.
Chesneau 265.
Chevallereau, A., 35.
Cheveau, C., 186.
Chirivino 195.
Cholzoff, B., 257.
Christian, H. M., 113.
Chrobak, R., 270*.
Chvostek, F., 155.
Ciechanowski, S., 162.
Cignozzi, O., 257.
Citron, J., 65. 222*.
Clairmont, P., 127.
Clapp, H., 168. 169.
Clar, C., 6.
Clarke, H., 170.
Clarus, H., 65.
Claude, H., 47. 113.
Claus 191.
Clausen 218.
Clayton-Greene, W. H., 127.
Clutton, H. H., 127.
Cohen, M., 15.
Cohn, G., 163.
Cohn, M., 88.
Collin, R., 66.
Colombino, S., 126.
Colombo, K., 12.
Comas 21.
Comby, J., 65. 167. 250.
Constantineson, C., 82.
Conzen, Franz, 45.
Cooper, C. M., 20.
Cordier, V., 163.
Corner, Edward M., 251.
Cornil 163.
Cott, Joshua M. van, 113.
Courmont, J., 55.
Craig, D. H., 83.
Cramer, H., 88.
Crandon, L. R. G., 28.
Credé, B., 206.
Cronqnist 196.
Croom, David H., 51.
Cukor, Nikolaus, 248.
Cullen, T. S., 200.
Cullère 47.
Cunningham, J. H., 20.
Curschmann 169. 195.
Cuturi, P., 113.
Czermak, Wilhelm, 109*.
Czerny, Ad., 65. 223*.
Czerny, V., 256.

Da Costa, J. Ch., 27.
Daels, F., 54 65.
Dalché, Paul, 80.
Dameno, G., 66.
Daniel, C., 82.
Daniels, L. Polak, 171.
Danlos, M., 173.
Danziger, E., 54.
Darbois, M., 173.
Darling, C. G., 20.
Daus, S., 172.
Danwe, F., 168.
David, Max, 98.
Deaver 127.
De Beurmann 173.
Dechamps 101.
Degrais 173.
Déléarde 51.
Delétrez 82.
Delorme 66.
Dombinski, R., 66.
Depage, A., 27.
Derscheid-Delcourt 98.
D'Espine, A., 64.
De Stella 170.
Determann, H., 2. 44.
Detre 76.
De Waele 168.
Dexler 268*.
Doycke 171.
Diem, K., 16*.
Diesselhorst, G., 152.
Dieterlen, F., 41.
Dietz, Wilhelm, 140.
Dieudonné, A., 112.
Dieupart, L., 55.
Disen, C., 64.
Dittrich, P., 270*.
Doering, H., 27.
Doerr, R., 145. 229. 267.
Doganoff, A., 65. 252.
Dohrn, Max, 153.
Doll 19. 185.
Don, A., 170.
Donald, W., 169.
Dopter, Ch., 240.
Dorendorf 243.
Douglas, S. R., 170.

Dragosch, Sp., 97.
Dresler, K., 207.
Dreuw 173.
Drew, D., 20. 127.
Drossbach 53.
Druelle 190.
Duckworth, Dyce, 55.
Dudgeon, L. S., 54.
Dudley 127.
Dünges, A., 169.
Dufour, R., 66.
Duhot 20. 195.
Dukes, C., 20.
Dumesnil 196.
Dumont, F. L., 263.
Durlacher 251.
Dutton, J. E., 230. 231.
Duval, P., 113.

Eaton, G. L., 20.
Eaton, J., 159.
Eber, A., 168.
Ebstein, Erich, 8.
Ebstein, Wilhelm, 10*. 27. 52.
Edebohls, G. M., 113.
Edens 55.
Edsall, D. L., 14.
Egis, B. A., 159.
Ehlers 192.
Ehrenfels, Chr. v., 101.
Ehrhardt, O., 113.
Ehrlich, P., 97. 232. 233.
Ehrmann 76. 194.
Eichenbach 127.
Einstein, O., 65.
Eiselt, R., 42.
Eisen, P., 66.
Eisenberg, Ph., 38.
Eisenzimmer 148.
Eisler, M. v., 39. 148.
Ekehorn, G., 113.
Ellerbroek, N., 258.
Elliesen 169.
Elliot, A. R., 113.
Elliot, E., 20.
Elsaesser, F. A., 171.
Elsaesser, M., 171.
Elschnig, Anton, 35. 109*. 217.
Emmerich, Rud., 52.
Enderlin, C., 17*.
Engel 14. 65. 170.
Eppinger, H., 20.
Epstein, A., 10.
Epstein, L., 5.
Escat, E., 186.
Escherich 51.
Eshner 47.
Essen-Möller, Elis, 205.
Esser 149. 242.
Eulenburg, Alb., 8. 222*.
Evans, G., 170.
Eve, F., 27.
Ewald 99. 214.
Ewald, P., 261.
Ewald, Walter, 268*.
Ewart, W., 168.
Exchaquet 66.
Eyre, J., 66.

Fabre 245.
Fabris, U., 172.
Fabry, H., 230.
Fage, A., 162.
Falk, Edmund, 111*. 235.
Fantino, G., 20.
Farez 47.
Farrand, L., 168.
Federici, N., 20. 173.
Fedoroff, S. P., 256.
Feilchenfeld, L., 56.
Feldmann 169.
Felix, Eugène, 212.
Felkin, H. G., 172.
Felländer, J., 234.
Fellmer, F., 148.
Fenwick, E. H., 20. 127.
Ferguson 113.
Formi, Claudio, 40. 145.
Fernet 190.
Ferran, D. Jaime, 54.
Ferrand 191.
Ferraris-Wyss, E., 159.
Ferreira, C., 65.
Feuereissen, W., 53.
Fibiger, J., 55.
Fiessinger 192.
Fife, C., 161.
Findel, H., 54.
Finder, G., 172.
Findlay, Leonhard, 208.
Finger 76.
Finkler, D., 55.
Finsterer, Hans, 245.
Finzi, G., 66.
Fiori, P., 27. 127.
Fischer, K., 212.
Fischer, L., 65.
Fischler 149.
Fisher 113.
Flatau, Germanus, 238.
Fleming, A., 170.
Flesch, H., 15.
Flick, L., 53. 167. 171.
Floyd, C., 170.
Fochi, L., 172.
Foerster 196.
Fontana, V., 173.
Forges, Arthur, 142.
Fornaca 47.
Fornario, G., 145.
Fornet 148.
Forssell, O., 248.
Forster, J., 143.
Fouquet 192.
Fournier 192. 193.
Fowler, H. A., 20. 113. 127.
Fränkel 193.
Fraenkel, Alex., 255.
Fränkel, B., 53.
Fraenkel, Manfred, 81.
Fraenkel, Paul, 220.
Francesco, D. de, 113.
Frangenheim, Paul, 149, 216.
Frank, Isaiah, 44.
Frank, R. T., 249.
Franke, E., 65. 261.
Franqué, O. v., 64.
Franz 127.
Freeman, J., 170.
Freeman, R. G., 54.
Frese, O., 172.
Freudenthal, W., 56.
Freund, W. A., 172. 193.
Frey, Ernst, 152. 228.
Fricke, A., 163.
Friedberger, E., 54.
Friedländer 47.
Friedmann, M., 152. 247.
Friedmann, N., 145.
Friedrich, Edmund, 7, 172.
Friis, St., 272*.
Friolet, H., 127.
Fritzsche, Ernst, 41.
Fröhlich, A., 142. 143.
Fröhlich, Friedrich W., 229.
Fromme, F., 205.
Frosch, P., 53. 218.
Frothingham, R., 20.
Fryxell, K. A., 169.
Fuchs, Arnold, 201.
Fülleborn 230.
Fürész 76.
Fürnrohr, W., 16*.
Fuerstenberg 151.
Fürth 194.
Füth, H., 246.
Fukuhara, Y., 39.
Fullorton, A., 27.
Fussell, M. H., 20.

Gabbi, Umberto, 160.
Gabrilowitch, J., 161.
Gaffky 54.
Galassi, L., 173.
Galewsky 75.
Gallant, E., 27.
Gallatia, E., 82.
Galli, P., 161.
Galup 196.
Ganea, E., 172.
Gangitano, F., 259.
Ganz, Mieczyslaw, 73.
Gardner, F., 27.
Garovi 127.
Garratt, J., 173.
Gasparini, A. 162.
Gaston, P., 168.
Gaucher 190. 191. 192.
Gaudiani 113.
Gaudier, H., 256.
Gaugele 97.
Gaupp, O., 66.
Gauthier, P., 65.
Gayet 66.
Geipel, P., 161.
Gellhorn, Georg, 81.
Golpke 113.
Gennwell, A. G., 113.
Gentile, D., 173.
Gérard, E., 171.
Géraud 20.
Gerhartz, H., 140.
Gerlach, V., 103.
Germani, A., 171.
Gerson, K., 170.
Ghillini 98.
Gibbon 127.
Gidionsen, H., 107*.
Gifford, N. H., 113.
Gifford, Nash W., 162.
Gilbert, W., 265.
Gilford, H., 27.
Girgoloff, S. S., 113.
Glaessner 216.
Glax, J., 9. 16*.
Glover, Jules, 95.
Godlee, Rickman J., 162.
Godson, J. E., 248.
Goebel, W., 65.
Göbell, R., 127.
Goelet, A. H., 27.
Goggia, C. P., 54.
Goldschoider, A., 2. 64.
Goldschmidt, S., 172.
Goldsmith, B. K., 159.

Goldstein, Kurt, 157.
Golodetz, L., 227.
Gomoin, V., 82.
Gottstein, Georg, 213.
Gougerot 190.
Graetzer 258.
Granström-Woskoboinikow 38.
Grant Millar, J., 168.
Grazzi, Vittorio, 44.
Gredsted, H. V. S., 272*.
Greelf 218.
Gregersen, H. P., 140.
Gréhant 192.
Grell 19.
Gross, Oskar, 242. 270*.
Grosse, F., 3.
Grosz, S., 53.
Grotjahn, A., 112.
Gudden, Hans, 240.
Guder, E., 162.
Günther 66.
Guérin, C., 41. 229.
Guerra-Coppioli 47.
Guisez, J., 243.
Guitéras, R., 19. 113.
Gunn, A. R., 168.
Gutmann, B., 208.
Guyot, G., 162.

Haaland 233.
Hacker, R., 262.
Haentjens, A. H., 55. 171.
Haering 72.
Haglund 264.
Hahn, Martin, 103.
Haim, Emil, 205.
Halban, Jos., 142.
Hall, J. Walker, 114.
Halle, A., 187.
Halle, Friedr., 257.
Hallé, J., 42.
Hallopeau 193. 195. 196.
Halpern, Mieczyslaw 234.
Hamburger, F., 54.
Hamel 53.
Hamm 172.
Hamman, L., 64. 170.
Hammerschlag 247.
Hannes, Walther, 246.
Hansemann, D. v., 55.
Hansen, E. Chr., 267.
Hardiviller, A., 254.
Hardouin, P., 241.
Harrington, Charles, 51.
Harrington, J. W. B., 231.
Harrington, Th., 53.
Harris, H., 27. 114.
Hart, C., 54. 55.
Hartl, R. 53.
Harttung 196.
Hartzell, M. B., 162.
Hasenknopf 51.
Hasselbach, K. A., 16.
Haulle, G., 3*.
Hayes, René, 97.
Hazen, H., 55.
Hecht, Adolf, 93. 105*.
Hecht, Adolf F., 6.
Hedrén, G., 231.
Heerlordt, C. F., 94.
Heiberg, P., 272*.
Heinemann, H., 66.
Heimann, A., 145.
Heimann, G., 56.
Heinsius, F., 91.
Heller, O., 54.
Hellmich, 140.
Holwes 167.
Henrotin 51.
Horbert, H., 55.
Herbin, S. Diliberti, 44.
Heresco, P., 20. 27. 127.
Herfl, O. v., 199. 247. 253.
Herhold 127. 236.
Hertz, A., 66.
Hertz, M., 163.
Hertz, P., 272*.
Herz, A., 162.
Herz, M., 14.
Herxheimer, G., 114.
Herxheimer, Karl, 243.
Herzog, H., 163. 192.
Hess, Leo, 139.
Heuck, W., 238.
Heuer 172.
Hewes, H. F., 20.
Heymann, A., 114.
Heymann, Bruno, 235.
Higgens, C., 265.
Hijmans, H. M., 171.
Hilbert, P., 171.
Hildebrandt 114.
Hildebrandt, A., 127.
Hildebrandt, W., 162.
Hilgenreiner, H., 86.
Hinsberg 172.
Hintz, A., 235.
Hippel, A. v., 217.
Hirokawa, Waichi, 228.
Hirschler, A., 65.
Hirtz, M., 171.
Hoche, A., 270*.
Hochsinger, Carl, 252.
Hodgson, Stanley, 162.
Hohne 194.
Holbauer, J., 86. 233. 235.
Hoff, E. M., 272*.
Hofla, A., 171.
Hollmann 195.
Hollmann, P., 4.
Hollmann, Richard, 185, 186.
Holmann, M., 27.
Holmeister 18.
Hogge 194.
Hohlfeld 18.
Hohmann 99.
Holdheim, W., 170.
Holding, Arthur, 98.
Holitscher 55.
Holländer 18.
Holland 20.
Holmboe, W., 171.
Holth 265.
Holzbach, Ernst, 201.
Hoppe-Seyler, G., 169.
Hornung 5.
Horst, A., 244.
Hort, E. C., 170. 171.
Horton, C., 167.
Hotz, G., 96. 213.
Houssay, Fr., 93.
Hovorka, Oskar v., 13.
Howitz, F., 200.
Huber, J., 55.
Hublé 162.
Huchard 192.
Hübner, Arthur Hermann, 239.
Huhnerfauth, G., 9.
Huey, A., 171.
Hufnagel, W., 169.
Hugel, K., 10.
Huggard, W. H., 16*.
Hunter Dunn, C., 64.
Hutchinson, Woods, 53.
Hutt, Helmut, 158.
Hutyra, F., 168.
Hymans, H. M., 171.

Jaboulay 114.
Jacob 47.
Jacobi 196.
Jacobius, S., 91.
Jacobs, H. Barton, 168.
Jacquean 267.
Jadassohn 191.
Jaeggy, E., 85.
Jagić, N., 162.
Jahr, R., 127.
Jakobäus, H., 16.
James, A., 161.
Janeke 76.
Janet, Pierre, 47.
Janowski, W., 161.
Janssen, Th., 162.
Jaques, P., 256.
Jaschko, Rudolf Th., 91.
Jaubert, L., 168.
Jellinek, S., 219.
Jonkins, N., 169.
Jonsen, C. O., 55.
Jorio, J., 13.
Jesionek 75.
Jessen, F., 17*.
Jessner 272*.
Jianu, Amza, 82.
Illyés 114.
Immelmann 20.
Ingianni 27.
Inmann, A. C., 170.
Joannovics, G., 64.
Jochmann, G., 226.
Johnsen 20.
Johnson, A. B., 20. 27. 170.
Jones 47.
Jonescu, T., 27.
Joselson, A., 167.
Josselin de Jong, R. de, 169.
Jouffray, P., 171.
Ipsen, J., 55.
Irimescu, S., 150.
Irwin, J., 162.
Israel, J., 127.
Judet, H., 98.
Judin 189.
Jürgens 145.
Junker, F., 65.
Jurasz, A., 172.
Iwai, T., 55.

Kablé 11.
Kaeser 55.
Kagerbauer, E., 16*.
Kahler, Otto, 243.
Kahn, J. S., 168.
Kanitz 194.
Kapp 172.
Kapsammer, G., 64.
v. Karalla-Korbutt 114.
Karewski 96.
Karsner, H., 161.
Kasai 152.
Katz, Leo, 106*.
Katzenstein, M., 263.
Kaullmann 109*.
Kaufmann, K., 65. 169.

Kausch, W., 172.
Kayserling, A., 161. 167. 168.
Keating, E., 169.
de Keersmaecker 184.
Keetley, C. B., 162.
Kelling, G., 255.
Kelly, H. A., 20. 127.
Kelynack, T. N., 53. 167.
Kempf, F., 261.
Kor, Claudo B., 51.
Kjer-Petersen, R., 170.
Kijewski 20.
Killinn, Gustav, 214. 243.
Kilpatrick, J. A., 66.
Kinney, A., 170.
Kionka, H., 149.
Kirchberg, F., 14.
Kirchner, M., 17. 53.
Kisch, F., 8.
Kisskalt, Karl, 104.
Kitamura, S., 55.
Klarfeld, Boguslaw. 144.
Klebs, E., 171.
Klecki, K. v., 55.
Kleinhans, G., 141.
Klemperer, G., 20.
Klieneberger, C., 66.
Klimek, V., 11.
Klingmüller 75.
Klose, B., 127.
Klotz 191.
Klotz, Max, 207.
Klotz, W. C., 127.
Knobel, N., 172.
Knopf, S. A., 169. 171.
Koblanck 80.
Koch, A., 169.
Kocher, Th., 212.
Kochmann, Martin, 140.
Köhler, F., 55. 66. 162, 168. 169.
Kölpin, O., 158.
König, F., 127. 216.
Königstein, Hans, 142.
Koerber, E., 258.
Korte, W., 95.
Koster, G., 34.
Kohler, Rudolf, 33.
Kohnstamm, O., 81.
Kolle, W., 147.
Konrádi 39.
Korániji, A. v., 114.
Kossel, H., 53.
Koster, Gzn. W., 218.
Kotzenberg 114.
Kraener 162.
Kraemer, C., 55.
Kraemer, E., 210.
Krafft-Ebing, R. v., 108*.
Kraus 100. 189.
Kraus, R., 40. 53. 150. 229.
Krause 18. 170. 171.
Krause, F., 7.
Krause, P., 20. 64.
Krauss, W., 219.
Krehl, L., 220*. 222*.
Kreibich 191. 193.
Kreibich, C., 227.
Kreibich, K., 65.
Kreidl, A., 142.
Kren, O., 146.
Kretschmer, H. L., 114. 193.
Krieg, Eberhard, 256.
Kries, Lotte, 37.
Krönig, G., 6. 54. 64. 245.
Kromayer 74. 196.
Kronthal, Paul, 268*.
Krotoszyner, M., 20.
Kubinyi, Paul v., 197.
Kümmell, H., 20. 127. 255.
Küppers 3.
Kürbitz, Walter, 157.
Küster 3.
Küstner, Otto, 205.
Kuhn, E., 171.
Kuhn, F., 94. 171.
Kunith 20.
Kuthy 171.
Kutner, R., 105*.
Kuttner, A., 55. 73. 80. 106*. 169. 185.

Labbé, Henri, 33. 64.
Läwen, A., 147.
Lagrange, Fernand, 214. 265.
Laitinen, T., 103.
Landgraff 169.
Landis, H. R. M., 169. 172.
Landolfi 149.
Landouzy 53. 193.
Landsteiner 76.
Landwehr 264.
Lane 196.
Lang 196.
Lango 100. 215.
Langer, J., 240.
Langovoy, N. J., 159.
Langstein, Leo, 251.
Lannelongue 56.
Laqueur, A., 5. 6.
Lassar, O., 223*.
Lauber 35.
Lautier 66.
Lavagna, S., 64.
Lawson, D., 169. 170.
Lecky, H. C., 167.
Lefèvre 168. 169.
Leguerre 127.
Leguen, F., 20. 27. 127.
Lohmann, Hans, 204.
Lehmann, K. B., 220.
Lehndorf 195.
Lehr 264.
Leisewitz, Th., 223*.
Lomoine, G., 171.
Longfellner 99.
Lenhartz 65.
Lenkei, W. D., 14.
Lenzmann 222*.
Leonard, Ch. L., 20. 127.
Leopold, G., 223*. 226.
Lerda, Guido, 40. 206.
Lericho, R., 163.
Leroux, Charles, 93.
Leser, Edmund, 108*. 109*.
Lesieur 55.
Levaditi, C., 148. 231.
Levison, F., 272*.
Levy, E., 38.
Levy, F., 65.
Levy-Dorn, M., 21.
Lewis, P., 127. 190.
Lexer, K., 171.
Lichtenauer, K., 127.
Lichtheim 21.
Liebe, G., 161.
Liebermeister, G., 161.
Liebreich, O., 10.
Liek 114.
Liepmann, H., 46.
Liévin 169.
Lignières, J., 72.
Lilienthal, H., 163.
Lipschütz 76.
Lissauer, A., 170.
Lissauer, M., 55.
Lissauer, W., 91.
Livierato, S., 172.
Lockemann, G., 226.
Lockyes, Cuthbert. 202.
Loebl, A., 12.
Löser 15.
Loetscher, H., 10.
Loewenhardt. F., 114.
Löwenstein, E., 54. 64. 170.
Loewenthal, S., 12.
Loewi, O., 142. 143. 154.
Logothetopulos, Konstantin, 83.
Lohmann, A., 143.
Looke, E., 168.
Loomis, H., 172.
Lorenz 214.
Lorthiois 66.
Lossen, W., 98.
Lotin 218.
Loumaigne 127.
Lubenau, C., 41.
Lublinski, W., 185.
Lucas 193.
Lucas-Championnière 27. 263.
Lucas, Cl., 21.
Ludwig 10.
Lüdke, H., 64. 161.
Lüning, A., 21. 127.
Luerssen, Artur, 237.
Lund 12.
Lundie, A., 172.
Lupton, E. J. S., 51.

Maas, O., 46.
Mc Caw, J., 167.
Macfie, R. Campbell, 168.
Machard, A., 66.
Machol, A., 259.
Maciesza-Jelenska, S., 161.
Mc Intosh, J., 148.
Mackay 114.
Mackonzie, H., 27.
Mac Lennan, W., 66.
Mc Rae, Floyd W., 27.
Magenan, Fr., 259.
Magnus, R., 153.
Mainini, C., 65.
Maitland Ramsay, A., 66.
Malan, G., 66.
Malis, J., 211.
Mallet, H., 167.
Malvoz, E., 169.
Mandl, Ludwig, 141. 142.
Manewitoh, Fanny, 127.
Manfrini, G., 172.
Mansfeld, Otto Paul, 199.
Manujilow, A. S., 16.
Maragliano, E., 171.
Marandon de Montyel, E., 45.
Marchand, F., 220*.
Marcus 139.
Marcuse, Julian, 111*. 224*.
Marfan 193. 209.
Mariani, C., 27.
Markl 40.
Markuse, Julian, 2*. 13*.
Martel, H., 103.
Martens, M., 114. 173.
Martin 14.
Martini, E., 114. 216. 259.
Marx, H., 162.

Marzagalli, E., 54.
Masiug, E., 64.
Massalongo, E., 65.
Massol, L., 145. 229.
Mathes, P., 206.
Matsuoka, M., 97.
Matsurka, M., 234.
Matthes, M., 52.
Mayer, Aug., 249.
Mayer, K., 204.
Mayer, L., 27.
Mayer, P., 8*.
Meisling, Aage A., 227.
Meissner 127. 237.
Meithner, W., 172.
Meller 266.
Mendel, E., 50.
Mendl, J., 161.
Menge, C., 198.
Menšik, J., 262.
Merk 191.
Mersereau, W. Jay, 169.
Messenti 66.
Metcalf, W., 127.
Meyer, E., 238.
Meyer, Kurt, 33. 39.
Meyer, O., 231.
Meyer, Willy, 64. 127. 171. 219.
Michaelides, N. A., 54.
Michaelis 76.
Micsowicz, Erwin, 209.
Milkó, W., 114.
Miller, A., 168.
Miller, J., 43. 162. 170.
Milner, R., 253.
Milton, J. Penn, 162.
Minet, J., 51. 145.
Mircoli, S., 55.
Miron, G., 102.
Mironescu, Th., 161.
Mitulescu, J., 170.
Miyake, D. Koichi, 157.
Moeller, A., 54. 152.
Möller, Jörgen, 186.
Mohr, H., 114.
Moll, A., 219.
Moll, Leopold, 146.
Moltschanoff, W. F., 95. 159.
Mongour, C., 168.
Monnier, E., 212.
Monsarrat, K. W., 127.
Montandon, G., 261.
Montesano, Josef, 156.
Monti 171.
Monzardo, Gino, 201.
Moore, B., 236.
Morávek, A., 263.
Morawitz, P., 21.
Morelle, A., 162.
Morestin, M., 173.
Morgenroth, J., 170.
Moritz 74.
Moro, Ernst, 65. 66. 150. 252.
Morris, H., 21.
Morse, J. L., 167.
Moscati, G., 66.
Moser, Ernst, 216.
Most, A., 54.
Moty 162.
Mougeot 5.
Mouisset, F., 171.
Moullin, C. Mansell, 27.
Monzardo, G., 27.
Mraček, Franz, 110*.
Much, H., 54. 141. 168.
Much, N., 146.
Muhlens 76.
Müller 76.
Müller, Alb., 43.
Müller, Eduard, 114. 242.
Müller, G., 249.
Müller, Paul Th., 105*.
Müller, Rudolf, 220. 230.
Müller, W., 53. 169.
Müller-Freienfels, Rich., 36.
Mysch 127.

Nádov, Heinrich, 271*.
Naegeli 53.
Nagel, Martin, 91. 251.
Nagelschmidt, F., 65. 194.
Napier, A., 66.
Napoleone, E., 173.
Narich 64.
Nash, W. Gifford, 21. 162.
Nathan 190. 192.
Nattan-Larrier, L., 231.
Naumann, G., 21.
Naumann, H., 64.
Naveiro, J., 65.
Nedrigailoff, R., 148.
Neergaard, H., 272*.
Neisser, M., 41. 190.
Neppich 146.
Nerth, Charles E., 236.
Nenbauer, E., 154.
Nenbürger, Th., 170.
Neugebauer, Oskar, 44.
Neuhäuser, H., 21.
Neumann, W., 55. 171.
Neussell, Ludwig, 156.
Newman, D., 27. 114.
Newton, Cole, 55.
Nicolaier, Arthur, 153.
Nicolas, J., 65.
Nicolaysen, J., 127.
Nicolich 19.
Nielsen, H. A., 272*.
Nielsen, K. M., 272*.
Nierenstein, M., 148. 236.
Nietner 53.
Nippold, O., 264.
Nobl 191.
Noble, C. P., 27.
Noeggerath 76.
Nohr, V., 272*.
Noir, P. le, 167.
Nonno, M., 151. 238.
Notthafft 190.
Nové-Josserand, Leon, 238.
Nowotny, Franz, 73.
Nydegger, J. A., 114.
Nyman, Alf., 37.

Obermüller, H., 241.
Obersteiner, H., 108*.
Oberwarth, E., 253.
Oellgaard, F., 272*.
Ogata, M., 230.
Ohly, A., 261.
Ohse, E., 99.
O'Leary, D., 64.
Olrum, H. P. T., 242.
Olshausen, R., 85.
van Oordt 2*.
Opel, Paul, 244.
Opitz, E., 250.
Oplatek 189.
Oppenheim 44. 193.
Oppenheimer, K., 16. 172.
Oraison 21.
Orgler, Arnold, 152.
Orsi, G., 162.
Orthner, Franz, 232.
Ortner, Norbert, 106*.
Osterloh 204.
Ostrjanin 148.
Otis, E., 172.

Pace, N. G. de, 198.
Pach, H., 167.
Pacinotti 201.
Painblau, E., 65.
Painter, C., 170.
Pancoast, H., 173.
Pankow 81.
Pannwitz 53.
Panton, P. N., 54.
Panzer 10.
Parascandolo, K., 172.
Pardoé, J., 170.
Parhon, C., 187.
Parker, R., 127.
Paris, L., 54.
Paronzini 65.
Partsch, C., 55.
Paschkis, R., 21.
Pasini, A., 243.
Patel, M., 21.
Paterson, M., 169.
Patoir, J., 56.
Paton, Percy, 127.
Paull, H., 6.
Paviot, J., 238.
Pawlowsky, A. D., 55.
Pechere, V., 172.
Péhu, Maurice, 72.
Peiser, Julius, 92.
Pelicand, M., 21.
Pellier 194.
Peltesohn 214.
Pepin, R., 33.
Perdrix, L., 267.
Porret, Ch., 98.
Perthes 21.
Peters, Owen H., 51. 152. 167.
Petit, G., 65. 145. 170.
Petit, L., 145.
Petersson, O. V., 167.
Pettersson, A., 38.
Pfanndler, Meinhard, 33. 90.
Pfoiffer, A., 272*.
Pfeiffer, R., 54.
Pfeiffer, T., 169. 170.
Pfeiffer, Th., 54. 171.
v. Pflugk 109*.
Pförringer 64.
Philip, R. W., 169. 172.
Philippson, A., 75.
Phocas 114. 127.
Piana, M., 170.
Pick, Alois, 105*. 238.
Pick, W., 75.
Picqué, L., 27.
Pigger, H., 172.
Pincus, Ludwig, 85. 245.
Pineles, Friedrich, 252.
Pinkus 76.
Piper, H., 144.
Pirquet, C. v., 65.
Plass, Th., 197.
Plauchu 88.
Plaut, F., 238.
Plehn, A., 66.
Plessi, A., 161.

Plock, Gustava, 52.
Poenaru-Caplescu 43. 215.
Pötzl 76.
Poissonnier, G., 163.
Polack, A., 35.
Polano 81.
Polimanti, O., 35.
Pollard, B., 27.
Pollatschek, Arnold, 271*.
Pollio, Giorgi, 44.
Poncet, A., 97. 163.
Pope, E. G., 168.
Popper 127.
Porges, O., 153.
Port, F., 172.
Portner, E., 127.
Post, G. E., 21.
Potolzky, Carl, 243.
Pottenger, F. M., 168. 169.
Pousson, A., 113. 114.
Pozzi, S., 127.
Pradolla, C., 172.
Pratl, J., 169.
Preysz, W. v., 242.
Pfibram, E., 153.
Prinzing, Friedrich, 53. 89. 102.
Prió 21.
Pronff 65.
Pryor, J., 64.
Pulley, W. J., 114.
Purrucker 114.
Putzeys, F., 169.

Quadflieg 85.
Quadrone 15.
Quest, Robert, 208.

Rabinowitsch, L., 53. 55. 170.
Rach 76.
Radoničič, C., 242.
Raecke 50.
Raehlmann, E., 36.
Rafin 20.
Raillet 193.
Raimist 47.
Ransohoff, J., 21.
Raubitschek, H., 146. 267.
Raudnitz, W., 170.
Rautenberg, E., 127.
Ravano, Alberto, 226.
Ravasini, C., 21.
Ravonel, M., 161. 162.
Raviart, G., 66.
Raw, N., 167. 171.
Raymond-Duchesne 6.
Reber, Max, 94.
Reclus, Paul, 85.
Redlich, Emil, 46.
Reh, Alfred, 140.
Reich, Paul, 95.
Reichardt, M., 156.
Reiche, A., 65.
Reichenbach, H., 237.
Reicher, Karl, 45.
Reichmann, M., 21. 127.
Reid 21.
Reis, Victor, 217.
Reiss, Eduard, 157.
Reilter, C., 271*.
Renard 44.
Renault 190. 191.
Réthi, L., 185.
Retterer, Ed., 234.
Reuss, A. v., 38.
Reyn, A., 170.
Reynier, P., 27. 55.
Rheindorf 230.
Rheiner, G., 64.
Ribadeau-Dumas, L., 72.
Rihbert, H., 54.
Richarz, A., 264.
Richter, Paul Friedrich, 140. 271*.
Rickmann, J. Godlee, 162.
Riddell, J. R., 21.
Riebold, G., 162.
Riedel 27. 187.
Rietschel, Hans, 93.
Rinaldis, Ugo de, 114.
Risacher 151.
Risel, Hans, 90. 210.
Rissling, P., 139.
Rissmann, P., 84.
Ritchie, C. Peel, 53.
Ritchie, W. T., 54.
Rivers, W. C., 55.
Riviere, C., 170.
Roberts, J. R., 161.
Robin, A., 168. 170. 173.
Robinson, B., 21. 127.
Robinson, G. Canby, 64.
Robinson, H. B., 128.
Robles, A., 55.
Rodhain, J., 148.
Römer, P., 168.
Roepke, O., 64. 168.
Roessle, R., 231.
Rossler, M., 94.
Roger, B. Franklin, 159.
Rogozinski, F., 225.
Roith, O., 45. 264.
Rolando, S., 128.
Rolleston, J. D., 51.
Romanelli, G., 162. 170.
Roques 73.
Roscher 195.
Rose, H., 47. 86.
Rosenbaum, B., 234.
Rosenberg, L., 171.
Rosenberger, R., 54.
Rosenfeld, F., 65. 148.
Rosenstein, P., 21. 114.
Rosenstern, J., 15. 92.
Rosenthal 195.
Ross, W. Forbes, 168.
Rosthorn, A. v., 270*.
Roth, Wilh., 186.
Rothberger, C. J., 231.
Rolhe 51.
Rolhmann, Max, 34.
Rothschild, D., 55. 256.
Rothschuh 190.
Rotky, H., 21.
Rotter, J., 263.
Rouffart, E., 27.
Roux, J., 73.
Rovere, G., 173.
Rovsing, Th., 27. 114.
Rubel. A. N., 171.
Ruhner, Max, 271*.
Ruck, K. v., 170. 171.
Ruggi 27.
Rumpf, E., 168.
Rumpler, O., 114.
Runck, Th., 151.
Runge, Ernst, 111*.
Ruppel 171.
Ruppert 242.
Ruprecht 192.
Russ, V., 146.
Russ, V. K., 40.
Saar, G. v., 234.
Saathoff 52.
Sabourin, Ch., 241.
Sadger, J., 5.
Safford, H., 127.
Sakorraphos, M., 161. 168.
Salmon, P., 236.
Salmoni, G., 27.
Salomon, Oskar, 236.
Salvolini, U., 65.
Sampson 128.
Sander, A., 167. 169.
Sandoz, E., 42.
Sass, A. v., 7.
Sattler, C. H., 217.
Saugmann, C., 167. 171.
Savoire, C., 168.
Saxl, P., 98. 100. 139.
Saxl, Paul, 139.
Scarpa, G., 172.
Schabad, J. A., 152.
Schäfer, Gisa Alexander, 35.
Schaffer 191.
Schalle 3.
Scharpenack, J., 85.
Schatiloff, P., 147. 228.
Scheben 114.
Scheild, A. M., 21.
Scheimpflug, M., 172.
Schein, H., 231.
Schellenborg, G., 64. 161.
Schenck, B. R., 114.
Schenck, E., 65.
Schenk, F., 128. 141. 202.
Scherbank, Ad. Leopold, 244.
Scherber 195.
Scherer, A., 169.
Scherer, F., 85.
Schereschewsky, J., 148.
Scherf 10.
Schick, B., 159.
Schickele, G., 206.
Schierbeck, N. P., 272*.
Schiff, E., 15.
Schindler, Carl, 207.
Schittenhelm, Alfred, 222*.
Schlachta, Julius, 243.
Schläpfer 65.
Schlatter, C., 217.
Schleich, C., 44.
Schleissner, F., 65.
Schlesinger, F., 27.
Schlippe, P., 162.
Schloffer, H., 262.
Schlossmann, A., 55.
Schmid, Hans, 252.
Schmidt 65.
Schmidt, Heinrich, 112.
Schmidt, H. E., 15. 74.
Schmidt, M., 114.
Schmidt-Rimpler, H., 266.
Schmincke, R., 243.
Schmitz, B., 27.
Schneider-Geiger, Th., 168.
Schneider, Hans, 237.
Schneider, Rudolf, 39.
Schnutgen 9.
Schnurpfeil, K., 215.
Schoch, V., 260.
Schoemaker 99.
Schor, J., 15.
Schottelius, Elisabeth, 37.
Schrakamp, G., 173.
Schramm, E., 44.
Schröder, G., 65. 169. 172.

Schrötter, H. von, 64. 162.
Schucking, A., 53.
Schücking 11.
Schüller, H., 114.
Schürer von Waldheim, F., 105*.
Schutzo, Albert, 146. 202.
Schultze 99.
Schultze, B. S., 90.
Schultze, W., 54.
Schulz, A., 220.
Schulze, E., 140.
Schulze, K., 173.
Schwab, M., 201.
Schwalbe, J., 271*.
Schwartz 128.
Schwartz, Alfred, 144.
Schwartz, G., 172.
Schwarz, Emil, 241.
Schwarzkopf, Eduard 144.
Seifert, Otto, 107*.
Seiffert, G. 230.
Selenkowsky 265.
Selig, A., 161.
Selig, Arthur, 4.
Seligmann, C. G., 54.
Seligmann, E., 32. 141. 236.
Sellei, J., 128. 163.
Sellheim, Hugo, 202. 206.
Selzer, M., 142.
Semberton, R., 14.
Semon, F., 64.
Serafini, G., 96.
Sever 258.
Severino, G., 149.
Sexton 114.
Sharpe 128.
Shattock, S. G., 54.
Shattuck, F., 53.
Shaw, C. J., 170.
Sheldon Amos, B., 128.
Shenton, Edw., 21.
Shively, H., 55. 170.
Shoemaker, G. E., 27.
Sichel, Max, 158.
Siegert, F., 108*. 208.
Siegrist, H., 260.
Sievers, R., 211.
Similew, E., 128.
Simmersbach 11.
Sippel, Albert, 83. 244.
Siracoff, G., 64.
Sittler, Paul, 209.
Sitzenfrey, Anton, 202. 246.
Sluka, E., 147.
Smart, Morton, 21.
Smau, L. F. van der 169.
Smith, T., 54.
Smithies, F., 64.
Smithwick, M. P., 27.
Sobotta, E., 66.
Sohma, M., 39. 229.
Sokolowski, A. v., 53.
Solger, F. B., 141.
Sommer, Robert, 107*.
Sondermann, R., 185.
Soreile 114.
Sorgo, J., 54. 162.
Sorlat, P., 44.
Spaeth, F., 85. 206.
Spatz, Alexius, 151.
Specht, Gustav, 157.
Spencer, Herbert R., 200.
Spencer, W. G., 128.
Spengler, C., 53.
Spiegler 194.
Spieler, F., 54.
Spiess, G., 12.
Spiethoff, Bodo, 251.
Spitta, H., 64.
Spitzer, L., 75. 189.
Spitzka, Edw. Anthony, 268*.
Spolverini, L. M., 72. 162.
Squire, E., 170.
Stacey Wilson 162.
Stadelmann 65.
Stachelin, R. 162.
Stanton, W., 169.
Stanton, W. B., 162.
Stark, Adolf, 8.
Steffen, W., 204.
Stein, Robert, 149.
Steinbach, F., 172.
Steinitz, Ernst, 151.
Steinthal 114. 257.
Stenitzer, R. v., 229.
Stephenson, Sydney, 66. 100.
Stern, C., 114. 196.
Stern, R., 43.
Sternberg, Carl, 146.
Sternberg, M., 53.
Sternberg, W., 112.
Stewart, D., 21.
Stich, R., 114.
Sticker, Anton, 233. 235.
Stieda, A., 258. 264.
Stierlin, R., 212.
Stinelli, F., 162.
Stock 100.
Stodel 196.
Stoeckel, W., 128.
Stoeltzner, W., 33. 208.
Stoerk, Oskar, 143. 162.
Stoevesandt, K., 230.
Stoker, G., 172.
Stoll, O., 66.
Stolzenburg 171.
Stone, A., 170.
Stover, C., 55. 167.
Stransky, Erwin, 239.
Strasser, A., 5. 27. 111*.
Straus, F., 21.
Streffer 152.
Streissler, E., 259.
Strubell 170.
Strümpell, Adolf von, 241.
Struthers Stewart, J., 170.
Stuertz 64.
Stumpf 52.
Sturmdorf, A., 27.
Stursberg, H., 241.
Suckling, C. W., 27.
Suess, E., 41. 54.
Sugg 168.
Suker, G. F., 114.
Sultan, G., 114.
Sutherland, H., 162. 170. 192.
Sutton, J. Bland, 21.
Svensson, J., 54.
Swan, J., 161.
Swayne, W. C., 250.
Swift, Henry M., 50.
Symonds, Charters J., 162.
Szalóky, J. v., 55. 172.
Szily, A. v., 37.

Taddei, Domenico, 43. 114.
Tamms, W., 223*.
Tanaka, T., 154.
Tangl, Franz, 33.
Tannwitz, G., 169
Tansk, F., 168.
Taussig, A., 53.
Taylor, E., 27. 190.
Tédenat 18.
Teleky, L., 53. 167.
Tellor, Richard, 197.
Tenney, B., 21.
Terry, W. J., 20.
Thalbitzer, D. S., 157.
Thelemann 114.
Thomsen 158. 240.
Thomson, A., 28.
Thorndike, P., 21. 28. 114.
Thorspecken, O., 168.
Thurstan, C., 20.
Tichoff 128.
Tiedemann 12.
Tjaden 168.
Tigerstedt, Robert, 104*.
Tiktin-Hausmann, N., 160.
Tobby, E. N., 230.
Tobiesen, F., 167. 272*.
Tobler, L., 156.
Todd, J. L., 230. 231. 236.
Tobben, M., 53.
Tomarkin, E., 172.
Tomaszewsky 192.
Tomita, C., 162.
Torday, Arpad von, 225.
Torday, Franz von 225.
Torggler, Fr., 206.
Tosatti, C., 161.
Traina, R., 162.
Trautmann, R., 148.
Trendelenburg, F., 255.
Trendelenburg, W., 34.
Treplin 21. 111.
Treuholtz, C. A., 54.
Treupel, G., 65.
Treves, F., 28.
Troisfontaines, M., 173.
Trosier 193.
Trudeau, E. L., 170.
Trunk, H., 161. 170. 171.
Tschiwara, K., 230.
Tsukiyama, K., 161.
Tuffier 28.
Tugendreich, G., 102.
Turban 53.
Tuskai, O., 16.
Tuszkai, Oedön, 10.

Ueke, A., 230.
Uffelmann 272*.
Uffenheimer, Albert, 42. 55. 149. 150. 161.
Uhlenhuth, P., 151. 195. 236.
Ullmann, E., 171.
Ullmann, J., 28.
Ulrik, A., 272*.
Umbert 162.
Unger, Moritz, 152.
Unna, P. G., 142. 188. 189. 227.
Urbach, Paul, 50.
Urbantschitsch, Victor, 109*.
Ureche, C., 187.

Vaccari, Luigi, 72.
Vaillard, L., 240.
Valkenburg, D. C. T. van, 154.
Vallivero, Stefano, 84.
Vandevelde 168.
Vasseff 161.
Vaughan, C. L., 37.
Veiel 192.

Veit, J., 172.
Veit, W., 161.
Veress, Franz v., 189.
Vernescu, D., 21.
Vignolo-Lutati, Karl, 75.
Vinaj, G. S., 3.
Vincent, W. G., 114.
Visoná, G., 66.
Vissering 9.
Vivier 250.
Vogel, K., 215.
Vogt, Alfred, 101.
Voigt 186.
Volk 189.
Vulpius 259.

Waele, H. de, 169.
Waldstein, E., 66.
Wallin, K. A., 21.
Walthard, M., 203.
Warburg, F., 64.
Warren Low, V., 173.
Warren Sever, J., 171.
Warschawsky, E. S., 41.
Wasielewski, Th. v., 221*.
Wassermeyer 46.
Wassiljew, M. A., 128.
Wassmuth 15.
Watorman, N., 139.
Watermann 195.
Waters, B., 167.
Watraszewsky 192.
Watson, F. S., 21.
Weber 151.
Webster, J. S., 66.
Wedd, B., 66.
Weichardt, W., 104*. 139.
Weicker, H., 64. 170.
Weidanz, O., 151.
Weigert, R., 103. 168.
Weil 5.
Weil, E., 38. 170.
Weil, G. A., 171.
Weinberg, W., 55. 56.
Weinland, Ernst, 225.
Weismayr, A. v., 162.
Weiss, G., 169.
Weiss, J., 172.
Weiss, R., 35.
Weissmann, R., 44.
Weisz, M., 161. 162. 172.
Wells, J. H., 170.
Wells, J. W., 168.
Werndorff 263.
Wernitz, J., 89.
Wertheim, E., 202.
West, C. E., 173.
Western, G. T., 170.
Westphal, A., 156. 240.
Weyl, Th., 272*.
White, J. Vernon, 168.
White, W. Hale, 242.
Wichmann, P., 15.
Wiczkowski 142.
Wieland, E., 208.
Wiens 66. 145.
Wiesel 21.
Wiesner, Richard, 14. 76.
Wigand, D., 156.
Wilcke 19.
Wildbolz, H., 128.
Wile, U., 167.
Wilenko, G. G., 142.
Wilkinson, W. Camac, 170.
Wille, C. W., 114.
Williams 53.
Williams, A. Winkelried, 73.
Williams, J. Roy, 162.
Wilms 21.
Wilson 162.
Winckler, Axel H.
Winkler, Ferdinand, 74. 168.
Winslow, John R., 41.
Winter, G., 87.
Winternitz, W., 1*. 2.
Winterstoin, Hans, 144.
Witherspoon, T. C., 128.
Witte 194.
Wittgenstein, H., 55.
Wittmaack, 227.
Witzel, Adam, 114. 157.
Wörner, A., 262.
Wolf 267.
Wolf, K., 145.
Wolf, W., 95.
Wolff-Eisner, A., 65.
Wolff, F., 169.
Wolfrum 35.
Wolkenstein, A., 54.
Wollenberg, 262.
Wolman, S., 64.
Woltar, Oskar, 50.
Woodman 47.
Wright, A. E., 170.
Wulff 115.
Wundt, Wilhelm, 107*.

Xylander 236.

Yakimoff, L., 235.
Yakimoff, V. L., 231.
Yanase, J., 210.
Young 115.
Young, E. E., 82.
Young, R. A., 53.
Yvert, A., 115.

Zaaijer, J. H., 115.
Zabel, E., 21.
Zacharias, P., 246.
Záhoř 72.
Zangemeister 91.
Zarubin 190.
Zdarek 10.
Zeissl 194.
Zetsche, Eugen, 32.
Zeynek, R. R. v., 242.
Ziegraf 55. 64. 161.
Zieler 195.
Ziesché, H., 54.
Zille, G., 172.
Zinsser, F., 244.
Zironi, G., 115. 163.
Zorkendörfer, K., 9.
Zondek, M., 128.
Zwintz, Julius, 41.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Pippe in Leipzig. — Verlag von S. Hirzel in Leipzig.
Druck von Otto Wigand m. b. H., Leipzig.

SCHMIDT'S

JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

HERAUSGEGEBEN

VON

H. DIPPE

IN LEIPZIG.

JAHRGANG 1908. BAND 300.

LEIPZIG
VERLAG VON S. HIRZEL.
1908.

Digitized by Google

Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 300. **1908.** **Heft 1.**

A. Originalabhandlungen und Uebersichten.

Ueber Pocken und Pockenimpfung.[1])

Von

Dr. **Woltemas**

in Solingen.

I. Pocken.

1) Brogor, Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfallstatistik im Deutschen Reiche vom Jahre 1904, nebst Anhang, betreffend die Pockenerkrankungen im Jahre 1904. Med.-statist. Mittheil. a. d. kais. Gesundheitsamte X. 2. Berlin 1906. J. Springer.

2) Breger, Ergebnisse der amtlichen Pockenstatistik im Deutschen Reiche vom Jahre 1905. Med.-statist. Mittheil. a. d. kais. Gesundheitsamte X. 3. Berlin 1907. J. Springer.

3) Drewitz, Ueber die im *Wenzel-Hanke*'schen Krankenhause behandelten Variola-Fälle. Allg. med. Centr.-Ztg. 12. Jan. 1907.

4) Celebrini, E. v., Ein Beitrag zur Epidemiologie der Blattern. Wien. med. Wchnschr. 15. April 1905.

5) Külz, Ueber Pocken und Pockenbekämpfung in Kamerun. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XI. 14. p. 443. 1907.

6) Winkler, C., Pokkenepidemie op de Duizend-Eilanden in 1905. Verslag van de aldaar op 26 en 27 April 1905 gehouden inspectie. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVI. 5. p. 496. 1906.

7) Nijland, A. H., De Pokkenstatistiek van het Nederlandsch-indische leger. Ebenda p. 558.

8) Hibbert, J. C., The influence of small-pox on vaccination. Lancet May 20. 1905.

9) Marx, Variola, Varielois oder Varicellen? Ztschr. f. Med.-Beamte XX. 22. 1907.

Im Jahre 1904 starben in *Deutschland* (1) 25 Personen an Pocken, in 16 Ortschaften, von denen 11 in Preussen, 4 in Elsass-Lothringen und 1 in Sachsen liegen. In Bochum starben 4 Personen, in 2 Gemeinden je 3, in 2 Gemeinden je 2, die übrigen Todesfälle waren vereinzelt.

Im 1. Lebensjahre starben 5 Kinder, von denen 4 ungeimpft waren, das 5. war ein 3 Wochen alter Säugling, der erst wenige Tage vor der Erkrankung, also zu spät, geimpft worden war. Im 2. Lebensjahr starben 2 ungeimpfte Kinder, im 3. bis 10. Jahr 2 erfolglos geimpfte Mädchen und 1 geimpfter 8jähr. Knabe, im 11. bis 20. Jahre 1 geimpfter 11jähr. Knabe, im 21. bis 30. Jahre 2 Wiedergeimpfte, 1 ungeimpfte und 2 Personen unbekannten Impfzustandes. Im 31. bis 40. Jahre starben 2 Wiedergeimpfte, im 41. bis 50. 3 nur in der Kindheit geimpfte Personen, im 51. bis 60. Jahre 1 Geimpfter und 1 Ungeimpfter. Ueber 60 Jahre alt starb eine ungeimpfte Frau, in unbekanntem Alter und Impfzustand ein italienischer Arbeiter. An Pocken *erkrankt* waren 189 Personen, darunter 54 Auslander. Von den Erkrankungen kamen 126 auf Preussen, 54 auf Elsass-Lothringen, 6 auf Bremen und 3 auf Sachsen, sie waren fast alle auf Einschleppungen aus dem Auslande zurückzuführen.

Im Jahre 1905 betrug die Zahl der Pockentodesfälle in Deutschland (2) 30. Von den 25 Ortschaften, auf die sie sich vertheilten, liegen 9 in Preussen, 8 in Elsass-Lothringen, je 3 in Bayern und Mecklenburg-Schwerin und je 1 in Württemberg und Bremen.

Im 1. Lebensjahr starben 6 Kinder, davon 3 ungeimpft und 3 zu spät geimpft, im 2. Jahre 2 Kinder, von denen eins ungeimpft, das andere nach Angabe seiner Mutter mit Erfolg geimpft war, aber keine Impfnarben hatte. Im 3. bis 10. Jahre starben 1 ungeimpftes, 1 ohne Erfolg und 1 mit Erfolg geimpftes Kind, im 11. bis 20. Jahre 1 geimpfte und 1 Person unbekannten Impfzustandes, im 21. bis 30. Jahre 1 Ungeimpfter und 1 angeblich 2mal ohne Erfolg Geimpfter, im 31. bis 40. Jahre 1 angeblich als Kind geimpfte Frau und 3 Personen unbekannten Impfzustandes, im 41. bis 50. Jahre 4 als Kinder Geimpfte, 1 unbekannten Impfzustandes und 1 erst wenige Tage vor der Erkrankung Geimpfter, im 51. bis 60. Jahre 2 Frauen unbekannten Impfzustandes, über 60 Jahre alt 1 Geimpfte und 2 Wiedergeimpfte. An Pocken *erkrankt* waren 212 Personen, darunter 113 Ausländer, auf Elsass-Lothringen kamen 93, auf Preussen 70, auf Mecklenburg-

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXCII. p. 113.

Schwerin 13, auf Bayern 12, auf Bremen 10, auf Mecklenburg-Strelitz 4, auf Hamburg 3, auf Baden und Sondershausen je 2, auf Sachsen, Württemberg und Oldenburg je 1 Erkrankung. Der Verlauf war bei den Geimpften und Wiedergeimpften in beiden Jahren erheblich günstiger als bei den Ungeimpften.

Die von Drewitz (3) beschriebene kleine Epidemie von 13 Fällen nahm ihren Ausgang von Arbeiterinnen einer Bettfedern-Reinigungsanstalt in Breslau, die Ursache war Einschleppung von Bettfedern aus dem Ausland. Sämmtliche Kr. genasen.

v. Celebrini (4) berichtet über einige kleine Epidemien in Triest und im Küstenlande, die Einschleppung war aus Konstantinopel, aus Marseille, aus Süditalien und aus Macedonien erfolgt, eine weitere Ausbreitung liess sich, namentlich durch schnelle Impfung aller Personen, die mit den Erkrankten in Berührung gekommen waren, verhüten. Aus einigen Fällen, in denen Kranke im Eruptionsstadium keine Ansteckungen in ihrer ungeschützten Umgebung hervorriefen, zieht v. C. den Schluss, dass die Uebertragbarkeit wahrscheinlich erst mit dem Platzen der Pusteln eintritt.

Nach den Beobachtungen von Külz (5) sind die Pocken in Kamerun sehr verbreitet. Die Herde, von denen die Verschleppung ausgeht, sind in den Binnenländern zu suchen, die Ausbreitung erfolgt entlang den Karawanenstrassen und grossen Wasserläufen, während verkehrsarme Gebiete verschont bleiben. Für die Impfungen war K. auf deutsche Lymphe angewiesen, die in ihrer Wirksamkeit schnell nachliess; die eigentlichen Gründe des raschen Verderbens der Lymphe in den Tropen scheinen ihm noch nicht genügend aufgeklärt zu sein, ausser der meist angeschuldigten hohen Temperatur wirkt auch wohl der hohe oder ein schnell wechselnder Feuchtigkeitgehalt der Luft ungünstig, jedenfalls liess sich die Lymphe durch einen luftdichten Verschluss der Röhrchen länger wirksam erhalten. Die Impfpusteln werden von den Negern ganz allgemein misshandelt, die Impfung verläuft daher atypisch, und scheint auch nicht so lange Schutz zu gewähren wie die der Europäer. Empfänglichkeit für eine Wiederimpfung ist schon durchschnittlich nach 2 Jahren vorhanden, wenn diese aber dann stattgefunden hat, scheint der Impfschutz länger verzuhalten.

Auf den in der Nähe von Batavia liegenden, nicht ganz 1000 Einwohner zählenden Duizend-Eilanden war die Impfung in Folge zufälliger Umstände ganz vernachlässigt werden, es hatten daher, wie Winkler (6) feststellte, 28.4% der Bevölkerung an Pocken gelitten. Auch sonst sind in Niederländisch-Indien die Pocken stark verbreitet, da ein Impfzwang nicht besteht. Nur für das dortige Militär sind seit 1889 Impfungen und Wiederimpfungen vorgeschrieben, und seitdem ist die Pockenstatistik günstig (7); so kamen 1904, wo die Pocken im grössten Theil des Landes herrschten, unter den 36988 Soldaten nur 24 Erkrankungen vor, die sämmtlich gut verliefen.

Hibbert (8) nahm bei 20 unzweifelhaften Pockenkranken eine Impfung vor, entweder am Tage des Erscheinens des Exanthems oder 1 bis 4 Tage später, und hatte bei 11 Kranken Impferfolg, mehrfach entwickelten sich sogar recht gut ausgebildete Impfbläschen, die in ihrer Entwickelung von den Pocken nicht beeinflusst wurden. In zweifelhaften Fällen kann daher aus einer erfolgreichen Impfung nicht geschlossen werden, dass es sich nicht um Pocken handelt.

Der von Marx (9) mitgetheilte Fall ist ein neuer Beweis dafür, dass eine Pockendiagnose sehr schwierig sein kann. Bei einem 36jähr., als Kind und zuletzt vor 14 Jahren beim Militär geimpften Manne fand er am 15. Oct. einen Ausschlag von Bläschen und Pusteln, die im Gesicht und in der behaarten Kopfhaut zahlreich, am Rumpf und an den Gliedmaassen spärlicher entwickelt waren, auch in der Mundhöhle waren einige Bläschen vorhanden, die Temperatur war nicht wesentlich erhöht. Der Kranke hatte schon seit etwa einer Woche über allgemeines Unbehagen und Schmerzen im Rücken und in den Gliedern geklagt, und am 12. Oct. Frost und heftiges Fieber bekommen. Er wurde als pockenkrank sofort mit seiner Familie isolirt, am 27. Oct. trat aber bei seinem 2jähr. Kinde, das am 16. Oct. mit Erfolg geimpft worden war, ein Varizellenausschlag auf, am 9. Nov. erkrankte ein weiteres Kind an unzweifelhaften Varizellen, und die Annahme, dass es sich auch bei dem Vater nicht um Pocken, sondern um Varizellen gehandelt hatte, wurde dadurch gestützt, dass eine am 2. Nov. an ihm vollzogene Impfung vollen Erfolg hatte.

II. Kuhpocken.

10) Vollmer, E., Ueber originäre Kuhpocken beim Menschen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXII. 1. p 3. 1906.

Einen Fall von Uebertragung von Kuhpocken auf den Menschen beobachtete Vollmer (10) bei einer 18jähr., 2mal mit Erfolg geimpften Dienstmagd, die eine Kuh mit Pockenausschlag am Euter zu melken hatte. An beiden Händen bildeten sich gegen 40 Pocken, im Anschluss daran kam es zu einem leichten erythematösen Ausschlag auf Brust und Rücken, das Allgemeinbefinden war bis auf ein leichtes Frösteln des Abends ungestört.

III. Varicella.

11) Ebstein, W., Ueber die pockenverdächtigen Formen der Varicellen. Münchn. med. Wchnschr. LIII. 19. 1906.

12) Porter, C. R., A case of confluent haemorrhagic eruption in varicella. Lancet May 18. 1907.

13) Rolleston, J. D., The accidental rashes of varicella. Brit. med. Journ. May 4. 1907.

14) Tyzzor, E. E., The histology of the skin lesions in varicella. The Philippine journ. of science. I. 4. p. 349. 1906.

Ebstein (11) berichtet über 5 Fälle von Varicellen, in denen der Verdacht entstanden war, dass es sich um Pocken handele; einer davon, bei einem $1^1/_4$ Jahre alten ungeimpften Kinde, verlief tödtlich. Durch die Form des Exanthems lassen sich Variola und Varicella nicht immer unterscheiden, sogar die mikroskopische Untersuchung kann dabei im Stich lassen. In 3 von den 5 Fällen traten Eruptionen auch auf den Schleimhäuten auf. Charakteristisch für Varicella ist das Fehlen der schweren Allgemeinerscheinungen, die bei Variola der Eruption vorauszugehen pflegen, das frühzeitige

Digitized by Google

Auftreten, die rasche Entwickelung und die häufig auftretenden Nachschübe des Exanthems.

In dem von Porter (12) beschriebenen Fall von Varicella bei einem 13jähr. Mädchen confluirten die Bläschen an 3 Stellen im Gesicht und wurden hier hämorrhagisch.

Accidentelle Ausschläge im Prodromalstadium oder im späteren Verlauf der Krankheit kommen, wie bei anderen Infektionkrankheiten, auch bei Varicella gelegentlich vor, am häufigsten sind es scharlachähnliche, von denen Rolleston (13) 6 Beispiele beobachtet hat. Wenn sie, wie gewöhnlich, im Prodromalstadium auftreten, können sie leicht mit Scharlach verwechselt werden, und seit 1899 sind den Krankenhäusern des Metropolitan Asylums Board 94 Kranke mit der Diagnose Scharlach überwiesen worden, bei denen es sich um Varicella handelte. Angina, Erbrechen und Kopfschmerzen können dabei vorhanden sein, eine Abschuppung tritt aber hinterher nicht auf.

Tyzzer (14) beschreibt eingehend die histologischen Veränderungen bei Varicella. Schon im Beginn der Krankheit fand er stets specifische Einschlüsse im Kern und Cytoplasma der Epithel-, Endothel-, Bindegewebe- und Pigmentzellen, hält es aber für unbewiesen, dass sie Parasiten sind. Verimpfung von Varicellamaterial in die Bauchhaut von Affen oder die Cornea von Kaninchen hatte keinen Erfolg.

IV. Impfberichte und Organisation der Impfung.

15) Breger, Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1904. Med.-statist. Mittheil. a. d. kais. Gesundheitsamte X. 2. Berlin 1906. J. Springer.

16) Schmid, F., Impfwesen. Sond.-Abdr. a. d. Handwörterbuch der Schweizer. Volkswirthschaft, Socialpolitik u. Verwaltung. Bern 1905. Verlag Encyklopädie.

17) Kelsch, Sur l'établissement des rapports et documents statistiques annuels destinés à centraliser les résultats des opérations vaccinales dans les départements et à en permettre l'examen par l'Académie de médecine, au nom de la Commission permanente de vaccine. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. LVI. 37. 1906.

18) Kelsch, Quelques réflexions sur les vaccinations pratiquées à Paris depuis 15 jours. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. LVII. 13. 1907.

19) Kelsch, Sur le projet de décret d'organisation du service de la vaccination en Algérie. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. LV. 28. 1906.

20) Ziemann, Schutzpockenimpfung in den Colonien. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 3. 1908.

21) Kermorgant, Vaccination dans les colonies françaises. Ann. de Hyg. etc. p. 155. Févr. 1908.

22) Coste, Considérations sur la vaccination en Algérie. Arch. de Méd. et de Pharm. milit. XLVIII. 10. p. 340. 1906.

23) Kohlbrugge, J. F. H., De vaccine in Nederlandsch-Indië. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVII. 16. Februar 1907.

Im Jahre 1904 waren im *Deutschen Reiche* (15) zur Erstimpfung 1901578 Kinder vorzustellen, von denen 1556298 mit Erfolg, 43181 ohne Erfolg und 3260 mit unbekanntem Erfolg geimpft wurden, die Zahl der Erfolge betrug 97.10% gegen 97.31% im Vorjahre. Auf Grund ärztlicher Zeugnisse zurückgestellt wurden 173184 Erstimpflinge, nicht aufzufinden waren 16057, vorschriftwidrig der Impfung entzogen wurden 36447. Wiedergeimpft wurden mit Erfolg 1215506, ohne Erfolg 72794, mit unbekanntem Erfolg 1724, die Erfolgziffer betrug 94.22%. Vorschriftwidrig der Impfung entzogen wurden 5415 Wiederimpflinge.

Fälle von primärer Infektion der Impfschnitte wurden nirgends beobachtet, dagegen kamen 5 Todesfälle an Rothlauf und Septikämie vor, in denen eine nachträgliche Verunreinigung der Impfstellen anzunehmen war.

In der *Schweiz* (16) stammen die ersten amtlichen Empfehlungen der Impfung aus dem Jahre 1801, als der damalige helvetische Minister des Inneren ihre Einführung durch ein Rundschreiben an alle Cantone anregte. Innerhalb weniger Jahre wurden fast überall jährliche öffentliche Impfungen eingerichtet und die Zahl der Pockenfälle nahm rasch ab. Die Mehrzahl der Cantone schritt früher oder später zur Einführung des Impfzwanges, zur Anordnung der obligatorischen Wiederimpfung dagegen konnten sich nur Freiburg 1872, Graubünden 1873, Baselstadt 1875 und Zug 1887 entschliessen, die meisten begnügten sich damit, die Wiederimpfung nur bei Pockenepidemien, in Pockenhäusern oder in besonderen anderen Fällen anzuordnen oder sie nur facultativ einzuführen. Im Militär wurde die obligatorische Wiederimpfung 1871 provisorisch und 1873 definitiv eingeführt.

In diesen relativ günstigen Verhältnissen trat ein Wendepunkt ein, als 1879 der Entwurf eines eidgenössischen Epidemiegesetzes vorgelegt wurde, in dem unentgeltliche Zwangsimpfung jeden Kindes spätestens im 2. Lebensjahre und unentgeltliche fakultative Wiederimpfung vorgesehen waren. Es kam zu einer gewaltigen Agitation der Impfgegner, und wenn auch in den Räthen der Cantone die Impffreunde die Oberhand behielten und die grosse Mehrzahl der Aerzte sich für den Impfzwang aussprach, so wurde doch in der Volksabstimmung vom 30. Juli 1882 der Entwurf mit der Mehrheit von 254340 Verwerfenden gegen 68027 Annehmende zu Fall gebracht. Die einmal angefachte Agitation der Impfgegner wandte sich nun gegen die Impfgesetze der einzelnen Cantone und brachte es in vielen zur Aufhebung des Impfzwanges, auch die obligatorische Wiederimpfung der Rekruten wurde 1882 vom Bundesrathe aufgehoben. Für das Impfwesen sind lediglich die Cantone zuständig, da das im Jahre 1886 angenommene zweite eidgenössische Epidemiegesetz keinerlei Bestimmungen über die Impfung enthält. Von den Cantonen haben jetzt nur Freiburg und Graubünden obligatorische Impfung und Wiederimpfung, die 6 Cantone Solothurn, Appenzell Inner-Rhoden, Tessin, Waadt, Wallis und Neuchâtel haben obligatorische Impfung und fakultative Wiederimpfung, in den 3 Cantonen Obwalden, Nidwalden und Basselland besteht zwar der Impfzwang, wird aber seit Jahren nicht mehr durchgeführt, in den 14 übrigen Cantonen ist sowohl die Erst-, als die Wiederimpfung nur fakultativ. Manche von diesen Cantonen suchen die Impfung noch direkt oder indirekt zu fördern, andere bekümmern sich überhaupt nicht mehr darum und überlassen Alles den Aerzten und dem Publicum. Verwendet wird jetzt ausschliesslich animale Lymphe, die beiden Impfinstitute (in Bern und Lausanne) stehen unter Staatsaufsicht.

In manchen Cantonen sind die Impftabellen unvollständig, in den 5 Cantonen Uri, Ob- und Nidwalden, Glarus und Appenzell I.-Rh. besteht überhaupt keine Impfcontrole, eine genaue Feststellung des Impfzustandes der Bevölkerung ist daher nicht möglich. Sicher ist aber, dass in den Cantonen mit fakultativer Impfung seit ungefähr 15 Jahren nur noch etwa $^1/_4$—$^1/_3$ der impfpflichtigen Kinder geimpft werden, dass aber auch in den Cantonen mit obligatorischer Impfung diese nicht immer

Digitized by Google

regelmässig und vollständig durchgeführt wird, und dass es mit der Wiederimpfung noch viel schlechter steht. Ein sehr grosser Theil der Bevölkerung, in manchen Cantonen $^2/_3$—$^3/_4$, ist daher gar nicht und der Rest nur zum Theil gut gegen Pocken geschützt, und eigentlich müsste man erwarten, dass diese häufig auftreten. Eine grössere Ausbreitung von Epidemien hat sich aber in der Regel durch sofortige Anzeige, strenge Isolirung und Desinfektionmaassnahmen bei den ersten Fällen verhüten lassen, auch nimmt die Zahl der Impfungen beim Auftreten von Erkrankungen an Pocken unter den gefährdeten Personen immer bedeutend zu. Bei einer Störung der normalen Verhältnisse, z. B. durch Krieg, würde sich aber der schlechte Impfzustand der Bevölkerung in verhängnissvoller Weise rächen.

In *Frankreich* wurde der Entwurf der Listen, die in den Gemeinden und den grösseren Verwaltungseinheiten zur Durchführung der 1902 gesetzlich angeordneten Zwangsimpfung anzulegen sind, von dem Minister des Innern der Académie de médecine mitgetheilt, deren Referent Kelsch (17) einige Abänderungen und Erweiterungen vorschlug. Das Gesetz ordnet eine Impfung im 1. und eine 2malige Wiederimpfung im 11. und im 21. Lebensjahre an; Kelsch hält diese Zwischenzeiten für zu lang, und empfiehlt, die Schulkinder beim Beginne und am Ende der Schulpflicht zu impfen. Nach einer weiteren Mittheilung von Kelsch (18) wird die Impfung bis jetzt in zahlreichen Gemeinden schlecht durchgeführt, da ihr nicht nur das Publicum, sondern auch manche Behörden gleichgültig gegenüber stehen. In Paris kam es dagegen unter dem Eindrucke einiger von der Presse mitgetheilter Pockenfälle in Dünkirchen zu einem wahren Sturme des Publicum auf die Impftermine, und innerhalb weniger Wochen liessen sich fast 500000 Menschen impfen. Auch auf *Algier* (19) soll das französische Impfgesetz ausgedehnt werden, nach dem der Académie de médecine vorgelegten Gesetzentwurf ist dort aber auch jeder Erwachsene, der nicht den Nachweis einer vorausgegangenen Impfung führen kann, dem Impfzwange unterworfen. Die dort noch weit verbreitete Variolisation ist nach dem Gesetzentwurfe in Zukunft verboten.

Für die deutschen Colonien hält Ziemann (20) ebenfalls die gesetzliche Einführung des Impfzwanges für nöthig. In Kamerun sind in den letzten Jahren schätzungsweise jährlich weit mehr als 100000 Impfungen ausgeführt worden, recht günstige Erfahrungen wurden besonders mit der Thätigkeit von Aerzten gemacht, die die specielle Aufgabe hatten, die Auwohner der Karawanenstrassen durchzuimpfen. Als Hülfskräfte können intelligente Eingeborene gut verwendet werden, selbständige Massenimpfungen darf man ihnen aber nicht übertragen. Auch in den französischen Colonien hat man nach Kermorgant (21) mit der Verwendung von Eingeborenen zu selbständigen Impfungen vielfach schlechte Erfahrungen gemacht; sie nutzten ihre Stellung oft zu Uebergriffen und Erpressungen aus. Der Impfschutz scheint in den Tropen nicht so lange vorzuhalten wie in Ländern mit gemässigtem Klima, diese Erfahrung fand auch Coste (22) bestätigt und empfiehlt, wie andere Beobachter, recht häufige Wiederimpfungen.

Sehr ungünstig sind nach den Mittheilungen, die Kohlbrugge (23) aus officiellen Berichten schöpft, die Impfverhältnisse in Niederländisch-Indien. Ein Impfzwang fehlt, zur Beförderung der Impfung werden vielfach ungesetzliche Maassnahmen getroffen, die ihren Zweck verfehlen und die Bevölkerung nur erbittern, die Controle über Ausführung und Erfolge der Impfungen ist ganz unzureichend.

V. Klinisches über Impfungen. Impfschäden.

24) Jundell, I., Zur Kenntniss von dem Verlauf des Vaccinefiebers. Ztschr. f. klin. Med. LXIII. 1—4. p. 45. 1907.

25) Amat, Ch., Coqueluche et vaccine. Bull. gén. de Thér. Mai 15. 1907.

26) Stein, Zur Frage der Vaccina generalisata. Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXV. 1—3. p. 145. 1907.

27) Lauenstein, Ueber Kuhpockenerkrankung bei Ekzematösen. Ztschr. f. Med.-Beamte XX. 22. 1907.

28) Eichhoff, P. J., Ein Fall von Vaccineinfektion. Med. Klinik 49. 1907.

29) Variot, Vaccine généralisée. Gaz. des Hôp. Févr. 28. 1907.

30) Sitsen, A. E., Een geval van vaccino-generalisatie. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië Nov. 17. 1906.

31) Cöster, Variola u. Variolois? Ztschr. f. Med.-Beamte XX. 13. 1907.

32) Pilf, Uebertragung von Blattern vom Impflinge auf die Mutter. Ztschr. f. Med.-Beamte XX. 15. 1907.

33) Hochsinger, K., Ein Fall von lokalisirter Generalvaccine. Wien. klin. Wchnschr. XIX. 46. 1906.

34) Alexander, L., Ueber Vaccineerkrankung des Auges. Münchn. med. Wchnschr. LIII. 11. 1906.

35) Brinton, A. G., Notes on six cases of accidental vaccination of the conjunctiva. Transvaal med. Journ. May 1906.

36) Tertsch, R., Einige Fälle von Impferkrankung des Auges. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 2. 1908.

37) Paul, M. E., Aberrant vaccinia. Lancet Febr. 3. 1906.

Das bei der Impfung auftretende Fieber ist eigenthümlicher Weise erst in den Jahren 1888, 1890 und 1893 von v. Jaksch, Polper und Sobotka genau studirt worden, über die Sobotka'sche Arbeit hat *Ref.* in den Jahrbb. CCXLIV. p. 171 berichtet. Jundell (24) benutzte als Material Säuglinge im Allgemeinen Kinderhause in Stockholm, und zwar nur solche, die sich während mehrerer Wochen vor und nach der Impfung als vollständig normal erwiesen hatten. Die eine Gruppe seines Materiales umfasst 100 Fälle, die er nicht selbst beobachtet, sondern nur aus der Sammlung der Anstalt zusammengestellt hat, die Temperaturmessungen waren hier 2mal täglich im Rectum ausgeführt worden. Die 2. Gruppe von 40 Säuglingen und 10 Neugeborenen hat er selbst beobachtet und die Temperaturen im Rectum täglich 5mal, zwischen 12—1 Nachts, $5^1/_2$—$6^1/_2$ und 11—12 Vormittags, 3—4 und 8—9 Nachmittags, in 7 Fällen täglich 6mal messen lassen. In 17 Fällen der 1., bei 4 Säuglingen der 2. Gruppe und bei den 10 Neugeborenen zeigte die Temperatur während der ganzen Impfperiode gar keine oder nur eine kaum nennenswerthe Erhöhung. In 41 Fällen der 1. und in 20 der 2. Gruppe blieb sie in den ersten 6 Tagen nach der Impfung normal, begann am 7. oder 8., spätestens am 9. rasch zu steigen, erreichte nach 12—24, selten erst nach 36—48 Stunden ihr Maximum, blieb auf diesem 12—24—48 Stunden ziemlich unverändert stehen und sank dann rasch zur Norm ab. In 42 Fällen der 1. und in 16 der 2. Gruppe wurde ausserdem vom 4. bis 7. Tage ein Initialfieber beobachtet, das im Allge-

meinen dieselben Eigenthümlichkeiten zeigt wie dasjenige des Floritionstadium, aber nicht zu derselben Höhe ansteigt. Zwischen dem Initial- und dem Floritionfieber liegt in den typischen Fällen ein Intervall von 12—24 Stunden, in dem die Temperatur entweder ganz normal, oder doch deutlich niedriger ist als in den beiden Fieberperioden, diese können aber auch ohne Intervall in einander übergehen. Im Floritionfieber steigt die Temperatur bis zu 39—40°, beim endgültigen Abfall sinkt sie oft um einige Zehntel unter die Norm. Von der Zahl der Pusteln scheint das Fieber ganz unabhängig zu sein, dagegen sind bei fehlendem oder geringem Fieber die lokalen Erscheinungen oft, aber nicht immer schwach entwickelt.

Amat (25) hat bei 2 Kindern, die er mit Erfolg wiederimpfte, eine schnelle Besserung von Keuchhusten gesehen.

Stoin (26) beschreibt 3 Fälle von Uebertragung der Vaccine auf Ekzeme, der erste betrifft ein geimpftes Kind, die beiden anderen eine 35jähr. Frau und ein Kind von ¾ Jahren, die sich an geimpften Angehörigen inficirt hatten. In dem Lauenstein'schen Falle (27) kam es bei einem ungeimpften ¾ Jahr alten Kinde mit Gesichtekzem, auf das Pustelinhalt einer geimpften Schwester übertragen worden war, zu einer schweren, tödtlich endenden Erkrankung, bei der Pflege inficirte sich der Vater, der an chronischem Ekzem der Hände litt und in dessen Bereiche Pusteln, sowie eine Lymphangitis der Arme bekam, und die Mutter, bei der sich auf dem Boden eines Lippenherpes eine Pustel auf der Unterlippe entwickelte. Der Pustelinhalt liess sich mit Erfolg auf ein Kalb überimpfen. Eichhoff (28) sah Ekzemvaccine bei einem ungeimpten, durch zufällige Uebertragung inficirten Kinde mit Gesichtekzem, ferner hat er beobachtet, dass ein ungeimpftes, am ganzen Körper mit Ekzem behaftetes Kind Hunderte von Vaccinepusteln am ganzen Körper bekam, nachdem es in einer Badewanne gebadet hatte, die vorher von dem frisch geimpften Brüderchen benutzt worden war. Variet (29) beschreibt ebenfalls eine Ekzemvaccine. Sitaen (30) sah bei einem geimpften Kinde, das einige Wochen vorher Varicella gehabt hatte, am 10. Tage nach der Impfung ein Exanthem von Bläschen und Pusteln auftreten. In den von Cöster (31) und Pilf (32) beschriebenen Fällen kam es bei den Müttern geimpfter Kinder zu einem verbreiteten, mit Fieber verbundenen Vaccineausschlage. Hochsinger (33) sah bei einem geimpften Erstimpflinge am 14. Tage, als die Impfpusteln schon eingetrocknet waren, wieder stärkere Röthung des geimpften Oberarmes und Fieber eintreten, am 15. Tage entwickelten sich in der Umgebung der Impfstellen zahlreiche Bläschen, die bis zum 5. Tage eintrockneten und oberflächliche Narben hinterliessen; er hält es für wahrscheinlich, dass sie auf hämatogenem Wege entstanden waren und sich in der Umgebung der Impfstellen aufthaten, weil hier die Haut noch gereizt war.

Fälle von Uebertragung der Vaccine auf die Augenlider werden von Alexander (34), Brinton (35) und Tertsch (36) mitgetheilt. Wenn die Cornea nicht ergriffen wird, so ist der Verlauf in der Regel günstig, Tertsch berichtet aber auch über einen Fall, in dem es zu einer Nekrose der Lidhaut und eines Theiles des Lidrandes kam, die eine starke Verkürzung beider Lider und das Fehlen fast aller Cilien zur Folge hatte.

Bei der Mutter eines geimpften Kindes sah Paul (37) eine Impfpustel an der Unterlippe.

VI. Geschichtliches.

38) Ebbell, B., La varinle dans l'ancien testament et dans le papyrus Ebers. Nord. med. ark. Afd. II. 4. 1906.

Ebbell (38) ist der Ansicht, dass das hebräische Wort „schechin", das u. A. zur Bezeichnung der sechsten Plage Aegyptens, der Krankheit des Königs Hiskia und der Krankheit Hiobs dient. Pocken bedeutet, und dass auch die Beschreibung dieser Krankhaiten mit der Auffassung, dass es sich um Variola gehandelt habe, vereinbar sei. Das ägyptische Wort für Variela soll „uchedu" sein. Im Papyrus Ebers, der mehrere Jahrhunderte älter ist, als der Exodus der Israeliten aus Aegypten, wird eine Art des „uchedu" als „sechen" bezeichnet, und von diesem Worte soll das hebräische „schechin" sich ableiten. Die ältesten Nachrichten über Variela würden somit aus Aegypten stammen.

VII. Technik der Impfung.

39) Coergey, Revaccinations par grattage. Gaz. des Hôp. LXXX. 39. 1907.

40) Groth, A., Ein Instrumentarium für den öffentlichen Impfarzt. Münchn. med. Wchnschr. LIV. 22. 1907.

41) Krüger, S., Beitrag zum aseptischen Impfverband. Wien. med. Wchnschr. LVII. 37. 1907.

42) Goldman, H., Die Impfung unter Rothlicht. Wien. med. Wchnschr. LVI. 31. 1906.

Courgey (39) empfiehlt die Impfung nicht durch Schnitt oder Stich, sondern durch Abschaben einer kleinen Stelle der Oberhaut auszuführen. Groth (40) giebt einen Apparat zum bequemen Ausglühen der Platin-Iridiummesser an. Der von Paul angegebene Tegminverband der frischen Impfstellen wird von Krüger (41) sehr gelobt; zum Schutze der entwickelten Impfpusteln sollen Streupulver aus Tannoform, entweder rein oder mit Talk gemischt, benutzt werden.

Goldman (42) hat früher empfohlen, die Impfung in einer durch Rothlicht erhellten Dunkelkammer vorzunehmen und die Impfstellen mit rothen Binden zu umwickeln, nach neueren Versuchen hält er die Impfung in der Dunkelkammer für entbehrlich; der Verlauf der Impfung ist eben so mild, wenn die Impfstellen nur vor Beginn der Eiterung roth verbunden werden.

VIII. Allgemeine Pathologie.

43) Pirquet, C. v., Die frühzeitige Reaktion bei der Schutzpockenimpfung. Wien. klin. Wchnschr. XIX. 28. 1906.

44) Pirquet, C. v., ist die vaccinale Frühreaktion specifisch? Wien. klin. Wchnschr. XIX. 47. 1906.

45) Pirquet, C. v., Klinische Studien über Vaccination u. vaccinale Allergie. Leipzig u. Wien 1907. Franz Deuticke. Gr. 8. 194 S. mit 49 Fig. im Text u. einer farbigen Tafel. 6 Mk.

46) Nehl, G., Ueber das Schutzvermögen der subcutanen Vaccineinsertion. Wien. klin. Wchnschr. XIX. 32. 1906.

47) Kneepfelmacher, W., Subcutane Vaccineinjektionen. Wien. med. Wchnschr. LVII. 39. 1907.

48) Thompson, R. L., A clinical and experimental study of the bacteriolytic complement of the blood serum in variola. Studies from the Rockefeller Inst. for med. Research Reprints IV. p. 301. 1905. Abdruck aus dem Journ. of med. Research XI. 1. 1904.

Digitized by Google

Für v. Pirquet (43—45) bildeten den Ausgangspunkt für seine Studien über die Vaccination die Erscheinungen der Serumkrankheit. Bei dieser kommt es nach einer Injektion von artfremdem Serum nicht zu einer Immunität, sondern, wenn die Injektion nach einiger Zeit wiederholt wird, zu einer schnelleren und heftigeren Reaktion. Bei einer grossen Reihe von Processen, bei Tetanus, Tuberkulose, Syphilis, Diphtherie, Ileufieber, Typhus, bei Injektion von Organextrakten zeigt sich nach der zweiten Infektion oder nach der Injektion ähnlicher Produkte (Tuberkulin) nicht eine Unempfindlichkeit, sondern eine veränderte Empfindlichkeit verbunden mit zeitlicher Verschiebung der Reaktion; diese Veränderung der Reaktionfähigkeit eines Körpers wird von v. P. als „Allergie" bezeichnet, sie kann sich sowohl in einer Ueberempfindlichkeit, als in einer Unterempfindlichkeit äussern. Analoge Erscheinungen werden bei der Impfung beobachtet, und wegen der Möglichkeit experimenteller Verfolgung bieten sie eine vortreffliche Gelegenheit zu allgemein pathologischen Studien.

Die Thatsache, dass eine Wiederimpfung einen schnelleren Verlauf nimmt, als eine Erstimpfung, ist allgemein bekannt, nicht beachtet oder wenigsteus in Vergessenheit gerathen war es aber, dass bei einer schon in den ersten Monaten nach einer Erstimpfung vorgenommenen Wiederimpfung in vielen Fällen kleine Reaktionen auftreten, die innerhalb der ersten 24 Stunden ihr Maximum erreichen. Die schnellere Reaktion des Wiedergeimpften erklärt sich dadurch, dass er von der ersten Impfung noch antikörperartige Substanzen in sich hat, und solche hat v. P. anfangs überhaupt als das Maassgebende bei der Impfreaktion angenommen. Auf Grund von Verschiedenheiten im Verhalten der Impfstelle einerseits, der Areola und der Frühreaktion andererseits ist er später dazu gekommen, die von der Entwickelung des Infektionerregers abhängigen Erscheinungen von denjenigen zu trennen, die der Antikörperwirkung zuzuschreiben sind. Von dem Wachsthum des Infektionerregers in der Haut hängt die Entwicklung der Impfpustel ab, von den Antikörpern die Bildung der Areola, das Fieber und die Allgemeinerscheinungen. Bei der Erstimpfung kann bei kachektischen Kindern die Areabildung ganz ausbleiben, bei der Wiederimpfung ist sie beschlounigt, es kann sich bei ihr der Impferfolg aber auch mit der Bildung der Papel erschöpfen und die Area fehlen. Den Höhepunkt erreicht der vaccinale Process bei der Erstimpfung am 9. bis 12. Tage, bei der Wiederimpfung bei Areabildung am 6. bis 9., ohne Areabildung am 2. bis 4. Tage. Wird die Wiederimpfung schon kurze Zeit nach einer Erstimpfung vorgenommen, so fand v. P. einen wirklich negativen Ausfall, vollkommene Immunität im Sinne von Unempfindlichkeit, nur in den ersten Monaten und auch da nur in wenigen Fällen, in den übrigen treten kleine, rasch ablaufende „Frühreaktionen" auf, die bei nicht täglicher Beobachtung leicht übersehen werden. Mehrfach ausgeführte Wiederimpfungen haben eine Unempfindlichkeit nicht mehr zur Folge, sie führen im Gegentheil zu Ueberempfindlichkeit, die sich in „hyperergischen Frühreaktionen" äussert. An bestimmte Zeiträume nach der Erstimpfung sind die einzelnen Formen des Erfolges von Wiederimpfungen nicht gebunden; es giebt Menschen, die 30 Jahre nach der Erstimpfung die Wiederimpfung mit einer kleinen Frühreaktion abmachen, während andere schon nach wenigen Monaten starke Reaktionen zeigen.

v. P. hält es nicht für wahrscheinlich, dass die Antikörper physiologische Produkte im Sinne der Seitenkettentheorie sind, die schon vor der Infektion bestanden haben und nachher nur im Uebermaass gebildet werden, er hält sie vielmehr für Produkte des Körpers, die erst durch die Einwirkung des Antigens ihre Specificität erhalten. Er nimmt an, dass Antikörper gegen die Hüllen und solche gegen die Inhaltsubstanz der Krankheiterreger nicht gleichmässig gebildet werden und in verschiedenen Vorhältnissen zu einander stehen können. Sind beide in hohem Grade vorhanden, so wird die Hülle rasch gelöst, ihr giftiger Inhalt sofort neutralisirt, und es ist dann wahre Immunität vorhanden. Sind die Hüllenantikörper im Uebermaass vorhanden, so erzeugt das frei gewordene Toxin giftige, klinisch sichtbare Wirkungen.

Ref. muss es sich versagen, auf zahlreiche Einzelheiten der Arbeit, namentlich auf die Theorie des Verlaufes der Variola einzugehen, und verweist auf das Original der „Klinischen Studien über Vaccination und vaccinale Allergie". Die mannigfachen Anregungen, die sie geben, werden sicher nicht so bald aus der Diskussion verschwinden.

Nach subcutaner Injektion von Lymphe entstehen beim Kaninchen keine lokalen Veränderungen, beim Menschen dagegen bildet sich zwischen dem 10. und 14. Tage plötzlich ein druckempfindliches Infiltrat mit Erythem der Injektionstelle. Bei cutanen Nachimpfungen erhielt Nobl (46) bis zum 9. Tage stets positiven Erfolg, während vom 10. Tage ab eine cutane Haftung nicht mehr zu erzielen war. Erfolgreiche cutane Nachimpfung beschleunigte den Eintritt der Reaktionsphänomene im subcutanen Impfgebiet, dagegen hatte die Subcutanimpfung keine Abkürzung des Verlaufs der cutanen Nachimpfung zur Folge. Bei gleichzeitiger subcutaner und cutaner Impfung blieb die subcutane Reaktion aus, an der Oberhaut erfolgte typische Pustelbildung. Knoepfelmacher (47) sieht in der Reaktion bei subcutaner Impfung ein Analogon nicht zur Pustelbildung, sondern zur Area der Hautimpfung. Beim Geimpften lässt sich die Reaktion auch durch Injektion von Lymphe, die durch Erhitzen oder durch Zusatz von Serum eines Vaccinirten avirulent gemacht wurde, erzielen, beim vorher nicht Geimpften ist ihr Zustandekommen an die Lebensthätigkeit des Erregers geknüpft. Die

Injektion avirulenter Lymphe hatte keine Immunität zur Folge, wohl aber einen beschleunigten Verlauf der Hautimpfung.

Die allergische Frühreaktion lässt sich auch zu diagnostischen Zwecken verwerthen, praktische Erfolge hat v. Pirquet damit bei der Tuberkulose erzielt, aber auch für die Diagnose der Variola hält er die bei Impfung auftretende Frühreaktion für verwendbar. Knoepfelmacher empfiehlt zum gleichen Zwecke avirulente Vaccine in der Verdünnung 1 : 200 subcutan zu injiciren, da das lokale Erythem und Infiltrat noch augenfälliger ist, als die cutane Frühreaktion, macht aber darauf aufmerksam, dass der positive Erfolg die Diagnose Variola nur dann sichert, wenn es sich um Ungeimpfte handelt, da man sonst nicht wissen kann, ob die Reaktion wegen der vorausgegangenen Impfung oder wegen der Variola erfolgt.

Das Hauptergebniss der Thompson'schen (48) Untersuchungen ist, dass das bakteriolytische Complement im Beginn der Variola absinkt, bei günstigem Verlauf der Krankheit rasch wieder ansteigt, bei sekundärer Infektion fortwährend weiter sinkt.

IX. Pockenerreger und Vaccineerreger.

49) Bosc, F. J., La variole et son parasite (plasmodium variolae). Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXXIX. 1. 2. 3. 4. 5. p. 36. 129. 247. 389. 594. 1905.

50) Paschen, E., Was wissen wir über den Vaccineerreger. Münchn. med. Wchnschr. LIII. 49. 1906.

51) Carini, A., Sind die Vaccineerreger Spirochaeten? Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXXIX. 6. p. 685. 1905.

52) Prösoher, Fr., Ueber die künstliche Züchtung eines „unsichtbaren" Mikroorganismus aus der Vaccine. Ebenda XL. 3. p. 337. 1906.

53) Negri, A., Ueber Filtration des Vaccinevirus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIV. 3. p. 327. 1906.

Bosc (49) beschreibt eingehend die histologischen Veränderungen bei Variola und die specifischen Zelleinschlüsse, von deren Protozoënnatur er überzeugt ist; für die Protoplasma-Einschlüsse nimmt er eine schizogonische, für die seltener vorkommenden Kerneinschlüsse eine sporogenische Entwickelung an. Paschen (50) spricht sich über die Natur der kleinen Körperchen, die er in verschiedenen Formen in Ausstrichen verdünnter Lymphe und in der geimpften Kaninchencornea fand, sehr vorsichtig aus. Carini (51) hält die von Benhoff bei Vaccine gefundenen Spirochaeten für Kunstprodukte.

Wie Prösoher (52) mittheilt, ist ihm die Herstellung flüssiger und fester Nährböden gelungen, die durch Impfung mit Vaccine in specifischer, makroskopisch sichtbarer Weise verändert werden, ohne dass sich Mikroorganismen auf ihnen nachweisen lassen. Diese „unsichtbaren" Culturen erzeugen auf dem Kalbe Pusteln und in der Kaninchencornea die Guarnieri'schen Körperchen, sie lassen sich auf den Nährböden beliebig lange fortzüchten, büssen aber ihre Virulenz nach wenigen Tagen ein. Die Herstellung der Nährböden soll später mitgetheilt werden.

Mit Lymphe, die durch die Berkefeld'schen Kerzen V und N filtriert worden war, erzielte Negri (53) auf der Kaninchencornea die Guarnieri'schen Körperchen und beim Kalbe typische verimpfbare Pusteln. Es gelingt das aber nur, wenn die Lymphe längere Zeit unter Wasser macerirt, sorgfältig verrieben und durch Vorfiltration von allen Gewebeelementen befreit worden ist.

X. Animale Lymphe.

54) Carini, A., Ueber Methoden schneller Bakterienbefreiung der frisch abgenommenen Kalbpockenlymphe. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXXVI. 1—3. p. 47. 1905.

55) Carini, A., Vergleichende Untersuchungen über den Einfluss hoher Temperaturen auf die Virulenz trockener und glycerinierter Kuhpockenlymphe. Ebenda XLI. 1. p. 32. 1906.

56) Kelsch, Quelques réflexions sur le vieillissement glycériné du vaccin. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. LV. 20. 1906.

57) Diesing. Die Gewinnung von Lymphe in den Tropen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLII. 7. p. 658. 1906.

Zur Reinigung der Lymphe empfiehlt Carini (54) folgendes Verfahren; dem Pockendetritus wird sofort nach der Abnahme Toluol beigegeben, dieses nach einigen Stunden abgegossen, das etwa noch anhaftende mit sterilem Fliesspapier abgetupft, und die Lymphe hierauf mit Glycerin verdünnt und zerrieben; sie kann dann sofort zu Gebrauch genommen werden und hat noch ihre volle Virulenz. Für tropische Länder empfiehlt er (55) getrocknete und pulverisierte Lymphe zu verwenden, die erst 1 bis 3 Tage vor Gebrauch mit Glycerin angerieben wird, da eine solche, wie Versuche ergaben, durch hohe Temperaturen weniger in der Virulenz geschädigt wird als die Glycerinlymphe. Kelsch (56) benutzt mit Vorliebe Glycerinlymphe, die nur 5—15 Tage alt ist, sie ist dann genügend gereinigt und wird durch längeres Lagern abgeschwächt. Diesing (57) hat in Kamerun ein Kalb mit frischem Variolamaterial geimpft; bei Abimpfung auf den Menschen entstanden sehr heftige entzündliche Erscheinungen, die aber lokal beschränkt blieben, schon nach der zweiten Thierpassage unterschied sich die Lymphe in ihrer Virulenz nicht mehr von guter animaler Lymphe, und blieb in den Tropen noch nach mehreren Thierpassagen lange haltbar.

Digitized by Google

B. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

1. **Weitere Affinitätsstudien an Agglutininen;** von P. Th. Müller. 2. Mittheilung. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 3. 4. p. 248. 341. 1908.)

M. weist in Ergänzung früherer Befunde auch durch Abspaltungsversuche nach, dass thatsächlich in agglutinirenden Immunseren Antikörper verschiedener Avidität nebeneinander vorkommen. Die verschiedene Avidität beruht theils auf der gleichzeitigen Existenz verschieden avider, in verschiedenen Immunitätperioden producirter Antikörper, theils auf einer Abschwächung der Affinitäten der Antikörper in vivo und in vitro, so dass früher entstandene Antikörper stärker geschädigt sind als jüngere. Somit sollten Heilsera nur möglichst frisch verwendet werden, ausserdem sollte die Serumentnahme zu einem möglichst günstigen Zeitpunkte stattfinden. Walz (Stuttgart).

2. **Ueber Hämagglutinin und Hämatolyse.**

1) *Ueber Hämagglutination durch Ricin;* von L. v. Liebermann. (Arch. f. Hyg. LXII. 4. p. 277. 1908.)

2) *Beziehungen zwischen Hämagglutination und Hämatolyse;* von L. v. Liebermann. (Ebenda p. 290.)

3) *Ueber die Wirkung von Kieselsäure auf rothe Blutkörperchen;* von L. u. P. v. Liebermann. (Ebenda p. 297.)

4) *Ueber die hämolytische Wirkung des Guajaksaponins;* von L. u. P. v. Liebermann. (Ebenda p. 299.)

5) *Ueber hämolytische Sera. Wirkung von Säure und Alkali;* von L. v. Liebermann. (Ebenda p. 306.)

6) *Ueber die Aenderung der Hydroxyl-Ionen-Concentration beim Inaktiviren der Sera. Einfluss derselben auf die Hämolyse;* von L. u. P. v. Liebermann. (Ebenda p. 315.)

7) *Ueber Nachweis und Isolirung des hämolytischen Immunkörpers;* von L. v. Liebermann u. B. v. Fenyvossy. (Ebenda p. 322.)

8) *Ueber hämolytische Complemente und über den Mechanismus der Wirkung hämolytischer Sera;* von L. v. Liebermann. (Ebenda p. 328.)

v. L. hat mit seinen Mitarbeitern in einer Reihe zusammenhängender Arbeiten die Frage des Hämagglutins und der Hämatolyse von neuen Gesichtpunkten aus in Angriff genommen. Den Ausgangspunkt bilden Versuche über Hämagglutination durch Ricin, die zeigten, dass bei Einwirkung von Ricin auf Blutkörperchen eine nachweisbare Verbindung mit dem Stroma, nicht dem Hämoglobin, entsteht. Diese Verbindung wird durch Säurezusatz verzögert, durch Alkalihydroxyde gefördert. Das Ricin ist nun säureartiger Natur, entspricht etwa $^1/_{500}$ Normalsäure. Die Ricinagglutination muss als Verbindung der Säure mit dem Stroma aufgefasst werden, die aus der Flüssigkeit rasch ausfällt.

Da bei dieser Ausfällung das Hämoglobin frei wird, tritt gleichzeitig Hämolyse ein. Es bewirkt demnach ein und dieselbe Substanz gleichzeitig Agglutination und Hämolyse, die nur zwei Stadien derselben Reaktion sind.

Mit Kieselsäure lässt sich ganz das Gleiche erzielen wie mit Ricin, ebenso mit Guajaksaponin. Auch hier verbindet sich das Saponin nicht mit dem Hämoglobin, sondern dem Stroma. Gleiche Verhältnisse fanden sich bei Versuchen mit Säuren und Alkalien. Die Aktivität des hämolytischen Serum wird durch Alkali aufgehoben, kann aber durch Neutralisation des letzteren wieder hergestellt werden, womit eine weitere Stütze für die Annahme gegeben ist, dass der Immunkörper ein säureartiger Körper ist.

Obwohl nun nachweisbar die OH-Ionenconcentration der Immunsera durch Erwärmen eine wesentliche Steigerung erfährt, so ist es doch nicht diese, die die Inaktivirung bewirkt, sondern als Complement muss ein besonderer Körper funktioniren, den L. in einer Verbindung der Fettsäuren (Immunkörper) des Blutes mit Seife sieht und dessen „toxophore Gruppe" die Seife selbst ist, die durch die Reaktion des Immunkörpers freigemacht wird und so zur Wirkung gelangt.

Walz (Stuttgart).

3. **Ist die Hämagglutination und Hämolyse, durch Ricin und Hämolysin hervorgerufen, eine Säurewirkung?** von M. v. Eisler. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 4. p. 353. 1908.)

E. wendet sich gegen die vorstehenden Untersuchungen v. Liebermann's und macht darauf aufmerksam, dass Säuren gleicher Concentration nicht gleichwirken wie Ricin. Das Complement wird durch Alkalizusatz nicht zerstört, sondern gelangt blos nicht zur Wirkung, der Immunkörper wird trotz des freien Alkali ohne Weiteres von den Blutkörperchen gebunden, daher ist die Annahme gestattet, dass die Verbindung zwischen beladenen Blutkörperchen und Complement bei Anwesenheit einer bestimmten Monge freien Alkali nicht zu Stande kommt, dagegen ist die Annahme v. Liebermann's nicht berechtigt, dass das Ausbleiben der hämolytischen Wirkung durch Zusatz von Alkali auf Neutralisation des Immunkörpers (Säure) zurückzuführen sei. Walz (Stuttgart).

4. **Ueber die Säurenatur der hämolytischen Immunkörper;** von K. Moyor. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 4. p. 337. 1908.)

Auch M. konnte die von v. Liebermann (s. oben) vorgebrachten Beweise für die Säurenatur der hämolytischen Immunkörper nicht bestätigen.

Walz (Stuttgart).

5. **Versuche über die chemische Natur der hämolytischen Immunkörper;** von Dr. Kurt Meyer. (Arch. f. Hyg. LXVII. 2. p. 114. 1908.)

Diese Körper gehören nicht zu den Lipoiden, das beweisen ihre Löslichkeitsverhältnisse. Für ihre Zugehörigkeit zu den Eiweisskörpern spricht ihre Zerstörbarkeit durch Pankreasfermont, sowie das amphotere Verhalten gegenüber elektropositiven und elektronegativen Colloiden, bez. Suspensionen. Ihr Verhalten gegen chemische Reagentien spricht nicht gegen den Eiweisscharakter. Die Körper sind an den Globulinantheil des Blutserum gebunden, etwas Genaueres lässt sich weder durch Dialyse, noch durch Ammonsulphatfällung feststellen. Beim Eintrocknen ändern sich die Löslichkeitsverhältnisse der Körper.

Dippe.

6. **Ueber den Mechanismus der Saponinhämolyse;** von Dr. Kurt Meyer. (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. 7—9. p. 357. 1908.)

Als Ransom gefunden hatte, dass normales Blutserum eine Hemmungswirkung gegenüber der Saponinhämolyse ausübt und dass die hemmende Substanz sich dem Serum durch Aether-Extraktion entziehen lasse, nahm er an, dass eine Bindung des Saponins an das Cholesterin statt hat und dass das Saponin für die rothen Blutkörperchen deshalb giftig ist, weil es einen so wesentlichen Bestandtheil ihrer Struktur, das Cholesterin, angreift. Hämolyse-Versuche an den Blutkörperchen verschiedener Thiere unter Berücksichtigung ihres Gehaltes an Cholesterin, Lecithin und an Gesammt-Lipoiden ergaben, dass das Blutkörperchen der Saponinhämolyse gegenüber um so resistenter ist, je mehr Cholesterin im Verhältniss zum Lecithin es enthält, dass also wie im Serum, auch innerhalb der Erythrocyten dem Cholesterin eine Schutzwirkung zukommt und der eigentliche Angriffspunkt des Saponins im Lecithin liegt. Bei der Seifenhämolyse ergab sich im Gegensatze dazu kein Parallelismus zwischen Resistenz und Cholesteringehalt. Man muss demnach die Saponinhämolyse als eine Auflösung des Lecithins im Saponin sich vorstellen, wobei ein Theil des Saponins an das Cholesterin, zu dem es vielleicht eine etwas grössere Affinität besitzt als zum Lecithin, gebunden wird. Je höher aber der Gehalt des Blutkörperchens an Cholesterin ist, um so mehr wird von diesem gebunden und für das Lecithin unschädlich gemacht, d. h. um so geringere Mengen sind zur Hämolyse erforderlich.

Weintraud (Wiesbaden).

7. **Ueber das Vorkommen von Oxydationsfermenten bei Bakterien und höheren Pflanzen;** von Prof. K. B. Lehmann und Dr. Sano aus Japan. (Arch. f. Hyg. LXVII. 2. p. 99. 1908.)

„Tyrosinasen sind im Pflanzenreich ziemlich weit verbreitet. Besonders auffallend ist der hohe Tyrosinasegehalt der Kleie gegenüber dem fehlenden Tyrosinasegehalt des Mehls. In neuen Kartoffeln (Juli) konnten wir die inneren Schichten nicht tyrosinasefrmer finden, als die äusseren. Chloroform stört die Tyrosinasewirkung nicht, dagegen stark Cyankalium, absolut die Kochhitze. Auszüge aus Kartoffeln, welche Tyrosinase enthielten, geben stets auch Guajakbläuung und Aloëröthung. Es giebt eine Reihe von Mikroorganismen (Bacterium phosphorescens, Bacterium putidum und Actinomyces chromogenes), welche aus Tyrosin einen braunschwarzen Farbstoff bilden. Actinomyces chromogenes bildet auch auf eiweiss- und tyrosinfreien Nährböden ein wenig braunes Pigment, er vermag also einen dem Tyrosin nahestehenden Körper selbst zu bilden und dann zu oxydiren. Bis zu einem ziemlich starken Gehalt an Tyrosin steigt die Vorfärbung mit dem Tyrosingehalt. Es giebt Rassen von Actinomyces chromogenes, welche keine Tyrosinase und kein Tyrosin bilden. Die beiden farblosen Stämme, die wir untersuchten, bilden gleichzeitig kein Tyrosin und keine Tyrosinase. Zuckerzusatz ist ohne Einfluss auf die Tyrosin- oder Tyrosinasebildung. Die 3 obengenannten Organismen verhalten sich so, als ob sie Tyrosinase bildeten. Es lässt sich aber keine Tyrosinase durch Lösungsmittel von Actinomyces chromogenes abtrennen, im Gegentheil es macht den Eindruck, als ob die Oxydation des Tyrosins in der lebenden Zelle stattfände und erst das Oxydationsprodukt nach aussen diffundirte. Gewisse Mengen eines aloëröthenden aber nur zweifelhafte Spuren eines guajakbläuenden Körpers (Oxydase) sind durch Glycerin und Wasser den Actinomycesculturen zu entziehen. Thonzellfiltrate sind wirkungslos. Mit Alkohol ist es nur sehr unvollkommen gelungen, diese Fermente niederzuschlagen und sie in Wasser wieder zu lösen. Aus Kartoffeln und Weizenkleie lässt sich ein durch Papier filtrirbares Fermentgemisch extrahiren, das Aloëharz röthet, Guajak bläut, Tyrosin bräunt. Das Thonzellfiltrat davon giebt neben Diastasereaktion noch Guajakreaktion, keine Tyrosinreaktion."

Dippe.

8. **Die Ausscheidung der schwefligen Säure beim Menschen in Versuchen mit schwefligsaurem Natrium und mit den Natriumsalzen gebundener schwefliger Säuren;** von Dr. Fr. Franz u. Dr. G. Sountag. (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte XXVIII. 1. 1908.)

„Aus dem Auftreten flüchtiger Schwefelverbindungen im Harndestillat nach Einnahme von Sulphiten darf ohne Weiteres nicht auf das Vorhandensein von schwefliger Säure geschlossen werden, da auch unter normalen Verhältnissen bei der Destillation von angesäuertem menschlichen Harn solche Verbindungen noch zum Theil unbekannter Natur, die durch fortdauernde Zersetzung von nichtflüchtigen Schwefelverbindungen entstehen, in das Destillat übergehen. Da sich für diese Schwefelverbindungen ein normaler Werth auch nicht annähernd feststellen lässt, so muss man sich bei der Bestim-

mung von schwefliger Säure im Harn darauf beschränken, die flüchtigen Schwefelverbindungen insgesammt durch Destillation zu bestimmen und gleichzeitig nachzuweisen, dass der betreffende Harn die Reaktion auf schweflige Säure giebt. Auch beim Menschen wurde wie beim Thier (Hund) der weitaus grösste Theil der in den Magen eingeführten schwefligen Säure als Sulphat wiedergefunden; wenn man besondere Vorsichtsmaassregeln auwendet — Untersuchung in Zwischenräumen von einer Viertelstunde oder 10 Minuten — lässt sich das Vorhandensein von schwefliger Säure im Harn nach Sulphiteinnahme nachweisen. In keinem Falle betrug jedoch die wiedergefundene Menge mehr als 1% der zugeführten schwefligen Säure. Auch bei Einhaltung verschiedener Versuchsbedingungen (Enthaltung von Flüssigkeitsaufnahme, sehr gesteigerte Wasserzufuhr, gleichzeitige Aufnahme eines die Wasserresorption im Darm verzögernden Mucilaginosums u. s. w.) blieben diese Werthe unverändert und gleich niedrig. Die Ergebnisse der Versuche über die Ausscheidung der schwefligen Säure bei Einnahme von Salzen der gebundenen schwefligen Säuren stehen in Uebereinstimmung mit ihrem physikalisch-chemischen Verhalten in rein wässeriger und in saurer Lösung."

Dippe.

9. **Die Schwefelausscheidung durch den Organismus und ihr Verhältniss zur Ausscheidung des Rhodankaliums;** von Dr. R. Eiselt. (Časopis lékařu českých. p. 1238. 1907.)

Die Untersuchungen bei verschiedenen Erkrankungen mittels der Methode von Rüpp ergaben, dass die Rhodanausscheidung vermehrt ist bei perniciöser Anämie, unverändert bei gewöhnlicher Anämie, vermindert bei vorgeschrittener Lungentuberkulose, chronischer Nephritis, Pneumonie in der Reconvalescenz. Der Ikterus als solcher ist ohne Einfluss; während aber die Rhodanausscheidung bei atrophischer Cirrhose mit Oedemen vermindert ist, ist sie bei Cirrhosen mit starkem Ikterus oder bei Verschliessungen des Ductus choledochus durch Tumoren bedeutend vermehrt, wohl in Folge der Retention der Tauro- und Glykocholsäure. Eine Parallele zwischen Rhodan- und Schwefelsäureausscheidung besteht nicht; in einem Falle von Schwefelsäurevergiftung war die Rhodanausscheidung vermindert. Es scheint, dass dem Rhodankalium eine antitoxische Aufgabe gegenüber den Stoffwechsel- und Bakteriengiften zukommt und dass es bei der Agglutination und Bakteriolyse eine Rolle spielt.

G. Mühlstein (Prag).

10. **Zur Kenntniss der Schwefelverbindungen des Nervensystems;** von W. Koch. (Ztschr. f. physiol. Chemie LIII. 6. p. 496. 1907.)

Es werden 4 Gruppen von Schwefelverbindungen unterschieden: S_1 Lipoide in Aether und Alkohol löslich, S_2 durch 95proc. Alkohol aus den feuchten Geweben erhältliche Extraktivstoffe, S_3 Extraktivstoffe in Wasser, nicht aber in Alkohol und Aether löslich, S_4 Proteinkörper. Deren näherer Beschreibung lässt K. eine Tabelle folgen, aus der die Vertheilung des Schwefels nach den genannten Gattungen in der grauen Rindensubstanz und dem Corpus callosum ersichtlich ist. Die Zahlen deuten darauf hin, dass in der grauen Substanz Nucleoprotein, Globulin und Neutralschwefel vorherrschen, in der weissen Substanz bei Weitem der grösste Antheil auf Neurokeratin und Lipoidschwefel zu beziehen ist. Die graue Rindensubstanz wurde in 4 Fällen von Dementia praecox untersucht und es fiel in allen Fällen auf, dass der Neutralschwefelgehalt gegenüber der Norm verringert war.

Kubler (Leipzig).

11. **Copper in human liver;** by Leon A. Ryan. (Univers. of Pennsylv. med. Bull. XX. 4. p. 53. June 1907.)

R. untersuchte 14 menschliche Lebern auf ihren Kupfergehalt unter Anwendung äusserster Vorsichtmaassregeln, indem er nur Gefässe und Apparate verwendete, die kein Kupfer enthielten. In sämmtlichen Fällen wurde Kupfer im Betrage von 0.000001—0.0021% gefunden. Dieses bestätigt also die Untersuchungen von Ulex, die Lossen angezweifelt hatte.

Kubler (Leipzig).

II. Anatomie und Physiologie.

12. **Vom Centrum der Submaxillardrüse;** von Dr. Juliau Solomowiez. (Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 15. 1908.)

„Das Centrum der Submaxillardrüse wird von den im Bereiche des Deiters'schen Kernes zerstreuten Zellen gebildet; nur sehr wenige finden sich in der Substantia reticularis. Die Zellen, welche das Centrum bilden, sind in beiden Hälften des verlängerten Markes zu finden mit geringer Prävalenz zu Gunsten der der Drüse entsprechenden Seite." Dippe.

13. **Untersuchungen über die Speichelabsonderung.** *Einfluss der Frequenz, Intensität und Dauer der elektrischen Reize auf die physiko-chemischen Eigenschaften des Speichels:* von Dr. G. Japelli. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXIII. 2. p. 127. 1908.)

Zwischen Reiz und Speichelbeschaffenheit bestehen so enge Beziehungen, dass man die letztere durch den ersteren weitgehend beeinflussen kann. Die Reizfrequenz hat dabei die grösste Bedeutung. Mit ihrer Zunahme wird der Speichel concentrirter.

Digitized by Google

Die Reizstärke ist bei hoher Frequenz von sehr geringem Einflusse, eine geringe Frequenz vermag sie theilweise zu compensiren. Die Dauer wirkt bei gegebener Form des Reizes stets erhöhend auf Mengen und Concentration des Speichels. Der durch Reizung des centralen Stumpfes eines Lingualisastes erhaltene Reflexspeichel ist weniger concentrirt als der direkt durch Chordareizung erhaltene. Mit der zunehmenden Frequenz der Reize nimmt die Geschwindigkeit der Absonderung zu, wird die Latenzzeit abgekürzt und die posthume Phase verlängert. Geschwindigkeit der Absonderung und osmotischer Druck des Speichels nehmen mit einander zu und ab. Die Ermüdung der Drüse beruht wahrscheinlich auf der Abnahme in der Leitungsfähigkeit der sekretorischen Nerven.

„Was die innere Natur des Sekretionsprocesses betrifft, so wird durch unsere Untersuchungen, da sie den constanten Parallelismus zwischen osmotischem Druck und Absonderungsgeschwindigkeit bestätigen, die Ansicht immer mehr begründet, dass die Nervenentladung, indem sie in der Absonderungszelle Spaltungsprodukte und deshalb Erhöhung der molekularen Concentration veranlasst, einen Unterschied des osmotischen Potentials zwischen dem pericellularen Blut- oder Lymphplasma und dem Zellprotoplasma verursacht, folglich einen osmotischen Strom erzeugt, der um so schneller ist, je grösser der Werth dieser Differenz ist."

Dippe.

14. **Das Verhalten des Darmepithels bei verschiedenen funktionellen Zuständen;** von Leon Asher. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXIII. 2. p. 115. 1908.)

Bei der hungernden Ratte enthalten die Epithelzellen der Darmzotten sehr viel mehr und grössere Granula als bei der gefütterten Ratte.

„Wie bei anderen Drüsen prägt sich auch bei der specifirten Darmepithelzelle ein verschiedener funktioneller Zustand durch ein verschiedenes morphologisches Verhalten aus." Und man darf annehmen, dass sich in den Darmzellen bei Verdauung und Resorption aktive Vorgänge abspielen.

Dippe.

15. **Die Sekretionsthätigkeit der Bauchspeicheldrüse unter dem Einfluss von Salzsäure und Darmextrakt** *(des sogen. Sekretins)*; von Dr. L. Popielski. (Arch. f. Physiol. CXX. 10—12. p. 451. 1907.)

Als Pankreassaft treibend haben sich P. erwiesen: Pankreassaft selbst, Peptone, Gehirnextrakte, wässerige Auszüge von Darmschleimhaut, aber auch von *Magen*schleimhaut, Magen*muskulatur*. An eine Specifität des Bayliss und Starling'schen Sekretins glaubt P. nicht. Das Experimentum crucis dieser Autoren, wonach durch Einführung von HCl in ein entnervtes Dünndarmstück das Pankreas zur Sekretion gebracht werden kann, gelingt nur unter der Bedingung eines Versuchfehlers (Uebertritt von Mageninhalt in den Darm).

Dittler (Leipzig).

16. **Nebenniere und Sympathicus;** von N. Waterman u. H. J. Smit. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 3. 4. 5. p. 198. 1908.)

Ehrmann hat festgestellt, dass die Nebennieren beständig Adrenalin in das Blut abgeben, die von ihm hierfür ermittelten Zahlen sind aber zu hoch. Die Thätigkeit der Nebennieren steht unter dem Einflusse des Sympathicus. Wird dieser gereizt, so vermehrt sich die abgesonderte Adrenalinmenge und dasselbe geschieht durch den Zuckerstich, d. h. die Nebennieren gehören zu denjenigen Bauchorganen, die mittels des Sympathicus von einem Centrum im IV. Ventrikel innervirt werden. Die Beziehungen zwischen Adrenalinämie und Diabetes sind noch nicht genügend geklärt. Wahrscheinlich besteht zwischen Nebennieren und Pankreas ein gewisser Antagonismus. Das Adrenalin bewirkt Glykämie, das Pankreasferment hebt diese Wirkung auf.

Dippe.

17. **Ueber die Einwirkung des Jodothyrins auf den Cirkulationsapparat;** von Prof. Otto v. Fürth u. Dr. Karl Schwarz. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 3. 4. 5. p. 113. 1908.)

Ein Beitrag zur Lehre von der „inneren Sekretion". Ergebnisse:

„Die von Cyon behauptete erregende Wirkung des Jodothyrins auf die Vagusendigungen im Herzen und die Depressoren wurde nicht bestätigt. Intravenöse Jodothyrininjektionen sind bei Hunden und Kaninchen ohne eine direkte und unmittelbare Wirkung auf den Circulationsapparat. Bei Katzen bewirkt intravenöse Injektion von Jodothyrin, einer Jodmenge von 0.2—0.3 mg entsprechend, einen jähen Abfall des Druckes und das Auftreten grosser, langsamer Aktionspulse in der Dauer weniger Minuten. Die Aktionspulse sind durch eine Reizung des Vaguscentrums im verlängerten Marke bedingt und sistiren nach Ausschaltung der N. Vagi durch Durchschneidung oder Atropinisirung. Die auch in letzterem Falle, nach Halsmarkdurchtrennung, sowie nach Ausschaltung der sympathischen Ganglien durch Nikotin (Langley) persistirende Drucksenkung ist nicht durch eine Erweiterung peripherer Gefässe bewirkt (onkometrische Feststellung), sondern durch eine direkte Wirkung auf das Herz. Bei wiederholten Jodothyrininjektionen gelangt das Vagusphänomen schnell, die davon unabhängige Drucksenkung viel langsamer in Wegfall. Dauernde Behandlung von Hunden mit subcutanen Jodothyrininjektionen bewirkt nur eine vorübergehende Tachycardie (wie sie durch künstlich dargestellte Jodeiweisskörper und Jodalkalien erzielt werden kann), ohne erhebliche Gewichtsabnahme oder sonstige Erscheinungen einer „Schilddrüsenvergiftung". Intravenöse Injektion von jodirtem Blutalbumin bewirkt

Digitized by Google

ganz analog wie das Jodethyrin bei Katzen (neben der bereits von Isaak und v. d. Velden beobachteten vagotropen Wirkung) eine vom Vagus unabhängige Drucksenkung. Jodirtes Tyrosin, Phenylalanin, Histidin und Tryptophan zeigte keine Wirkung auf den Circulationsapparat der Katze. Das Jodethyrin ist gegenüber der Einwirkung kochender rauchender Salzsäure sowie heisser Natronlauge resistent, kann sonach nicht als jodirtes Polypeptid aufgefasst werden. Ein durch Säurewirkung auf jodirtes Blutalbumin dargestelltes Melanoidin zeigte beim Blutdruckversuche das typische physiologische Verhalten des Jodothyrins. Ebenso nahm auch aus Blutalbumin dargestelltes Melanoidin durch nachträgliche Jodirung dem Circulationsapparate gegenüber den gleichen physiologischen Charakter an. Vermuthlich ist das Jodothyrin ein durch Säurewirkung aus dem Jodeiweiss der Schilddrüse entstandenes melanoidinartiges Abbauprodukt. Sein Verhalten dem Circulationsapparate gegenüber lässt nichts für die Schilddrüse durchaus Specifisches erkennen." Dippe.

18. **Wachsthumshemmung in Folge von Parathyreoidektomie bei Ratten;** von Dr. H. Iselin. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4—5. 1908).

Die Zahl der Ratten, die die Parathyreoidektomie überlebt haben und über einen Monat beobachtet werden konnten, beträgt 7. Alle 7 Ratten zeigten einheitlich dieselbe Erscheinung: eine Verzögerung oder gar einen Stillstand in Gewichtszunahme und Wachsthum. Die Thiere sollen noch weiter beobachtet werden.

Die Wachsthumhemmung bei jungen Ratten in Folge von Parathyreoidektomie berechtigt nicht, einen direkten Einfluss dieser Operation auf das Knochenwachsthum anzunehmen. Die Beobachtung deutet nur darauf hin, dass der Ausfall der Epithelkörperchen-Sekretion, ähnlich wie der operative Verlust oder der angeborene Mangel der Schilddrüse hemmend in den empfindlichen Wachsthumszonen der Knochen sich äussert.

P. Wagner (Leipzig).

19. **Tetanie jugendlicher Ratten nach Parathyreoidektomie. Steigerung der tetanischen Reaktionsfähigkeit jugendlicher Ratten bei Nachkommen parathyreoidektomirter Ratten;** von Dr. H. Iselin. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4—5. 1908.)

Die von I. angestellten Versuche lehren, 1) dass bei 5—12 Wochen alten gefleckten gesunden Ratten nach doppelseitiger Excision der Epithelkörperchen eine akute, innerhalb 2 Tagen tödtlich verlaufende Tetanie erfolgt; dass also die jugendlichen Ratten viel empfindlicher sind gegen Schädigungen des Epithelkörperchen-Apparates als die erwachsenen; 2) dass die jugendlichen Nachkommen parathyreoidektomirter Ratten diese Empfindlichkeit in weit stärkerem Grade besitzen, indem sie durchschnittlich die Operation nur 4 Stunden überleben und unter epilepsieartiger foudroyanter Tetanie zu Grunde gehen. P. Wagner (Leipzig).

20. **Der Vorgang von Zeugung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an der ausgeschalteten Gebärmutter.** *Experimentelle und klinische Beiträge zur Lehre des gesammten Generationsprocesses nach Durchtrennung des Rückenmarkes;* von Kruieger und Offergeld. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 2. p. 257. 1907.)

Klinische Beobachtungen und Thierexperimente zeigten K. u. O., dass für die Vorgänge des gesammten Generationprocesses ohne irgend welchen Einfluss sind das Gehirn, die Medulla oblongata, das Rückenmark bis herab zum 10. Brustwirbel, der Vagus und Splanchnicus und die spinalen Nerven. Die unteren Partien des Rückenmarks sind nur für den Geburtverlauf von einiger Wichtigkeit, die anderen Akte des Generationprocesses, so die Ovulation, Menstruation, Cohabitation, Conception, Gravidität, die Laktation und Involution gehen ohne ihre Einwirkung von statten. Der Sympathicus wirkt nur sekundär durch Beeinflussung der Cirkulationverhältnisse. Selbst nach Zerstörung der lumbalen und sakralen Abschnitte des Rückenmarks ist am normalen Ende der Schwangerschaft die spontane Geburt selbst mehrerer Föten möglich; nur wird hierbei für gewöhnlich die Austreibungsperiode sehr in die Länge gezogen, weil die Geburt vollkommen schmerzlos verläuft und die Bauchpresse nicht in Wirkung tritt. In Folge der langen Geburtsdauer trübt sich die Prognose für Mutter und Kind. Ein cerebrales Gebärcentrum besteht nicht; dem lumbalen, zwischen 11. Brust- und 2. Lendenwirbel gelegenen Gebärcentrum kommt nur eine den Geburtverlauf modificirende und unterstützende Wirkung zu. Die wichtigsten nervösen Elemente der Geschlechtstheile sind in den uterinen, paracervikalen und paravaginalen Ganglien zu erblicken, die die Erregung ganz besonders des Uterus je nach seinem physiologischen Zustand modificiren. Ihre Erregbarkeit für heterogene, von der Aussenwelt kommende Reize ist am grössten im nicht graviden Zustande, sinkt vom Momente der Befruchtung in ungefähr proportionalem Verhältniss mit der Dauer der Schwangerschaft und ist an ihrem normalen Ende und während der Geburt fast erloschen. Genau wie der elektrische Strom wirken auf die peripherischen Ganglien auch die anderen Reizmittel; besonders gehören dazu biologische Reize. Die Ursache für den Eintritt der Geburt ist nicht allein in mechanischen Momenten zu erblicken, sondern es sind wohl biologische Einflüsse dabei mit im Spiele, deren Quelle in die Ovarien, den Foetus und die Placenta zu verlegen ist; ihre Reizung der uterinen Ganglien geschieht auf hämatogenem

Digitized by Google

Wege. Ein Einfluss des Centralnervensystems auf das Puerperium ist nicht zu erkennen; die Dauer der Geburt, die stattgehabten Verletzungen sind ausschlaggebend für die Prognose; es scheint, dass die Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen eine geringere ist, als bei unverletzten Individuen.

Kamann (Magdeburg).

21. **Geschlechtsorgane und Hunger**; von Dr. Heinrich Gerhartz. (Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 3. 1908.)

Vor einiger Zeit hat G. den experimentellen Nachweis der exceptionellen Stellung der Geschlechtsorgane während des Hungerns in der Brunstzeit erbracht und gezeigt, dass ihr eine allgemeine Bedeutung bei beiden Geschlechtern der periodisch brünstigen Thiere zukommt. Neue Versuche haben nun im Anschluss daran ergeben, dass sich diese Sonderstellung der Generationorgane bei den männlichen Individuen von Rana fusca mit der vollen Ausbildung der Samenfäden erschöpft. Bei Thieren, die vom September bis zum December hungerten, fand sich eine Abnahme des Gewichtes der Hoden, die mit der Abnahme des Körpergewichtes genau proportional verlief.

Dittler (Leipzig).

22. **Ueber die bioelektrischen Ströme bei Wirbellosen und deren Vergleich mit analogen Erscheinungen bei Wirbelthieren**; von Sergeï Tschachotin. (Arch. f. Physiol. CXX. 10—12. p. 565. 1907.)

Mittels der Poggendorff'schen Compensationmethode unter Benutzung des Capillarelektrometers als Nullinstrument wurden die elektromotorischen Kräfte von verschiedenen Organen bei Wirbellosen und Wirbelthieren gemessen. Dabei ergab sich für die elektromotorische Kraft der Hautströme, dass diese um so grösser wurde, je grösser der Drüsonreichthum der Haut war. Bei drüsenlosen Hauttheilen war ein Strom überhaupt nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Von den Muskeln der Wirbellosen geben die glatten gar keinen „Ruhestrom", die quergestreiften einen ziemlich schwachen.

Auf die Theorien T's. über die Ursache und die Natur der „Ruheströme" kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Dittler (Leipzig).

23. **Ueber die Rolle der semipermeabeln Membranen bei Entstehung elektrischer Ströme im lebenden Gewebe**; von Dr. W. J. Tschagowetz. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXII. 3. p. 247. 1907.)

Teh. untersuchte zunächst den Einfluss, den die Einschaltung eines neuen feuchten Leiters bestimmter Concentration auf die elektromotorische Kraft einer Flüssigkeitkette hat, und stellte weiterhin fest, in welcher Weise die elektromotorische Kraft solcher Concentrationketten durch Zwischenschaltung von Scheidewänden verschiedener Durchlässigkeit beeinflusst wird. Die auf diesem Wege gefundenen Resultate wendet er sodann auf die bioelektrischen Ströme an.

Auf eine ausführliche Darstellung seiner, wie dem *Ref.* scheinen will, nicht immer genügend fundirten Folgerungen muss hier verzichtet werden.

Dittler (Leipzig).

24. **Beiträge zur physikalischen Chemie der Erregung und der Narkose**; von Rudolf Höber. (Arch. f. Physiol. CXX. 10—12. p. 492. 1907.)

H. hat schon früher gezeigt, dass die Veränderungen der Erregbarkeit, die man durch Salze an Muskeln und Nerven erzeugen kann, als Wirkung der Salze auf die colloidalen Substanzen des Protoplasma betrachtet werden können. Erneute Versuche *über die Fällbarkeit von Eiweiss und Lecithin durch Salze* haben nun erwiesen, dass zwischen dem Einflusse der Salze auf die Colloide und ihrem Einflusse auf die Erregbarkeit in der That enge Beziehungen bestehen.

Die Einwirkung der Salze auf das Muskelprotoplasma geht nun mit reversibeln elektromotorischen Erscheinungen am Muskel einher, die denen bei der Erregung ganz analog sind und ebenso wie die Erregbarkeitänderungen durch die Salze auf Zustandsänderungen des Protoplasma bezogen werden müssen. Daraus ergiebt sich aber der Schluss, dass mit Wahrscheinlichkeit auch der normale, durch die bekannten elektrischen Vorgänge gekennzeichnete Erregungsvorgang von entsprechenden Zustandsänderungen der Plasmacolloide begleitet ist. Dieser Anschauung entspricht es durchaus, dass, ebenso wie die Aktionströme, auch die *durch Salzwirkung erzeugten „Ruheströme" durch alle Narkotica gehemmt werden können.* Diese Thatsache führt aber wiederum zu der Vorstellung, dass das Wesen der Narkose auf einer Hemmung des normaler Weise jede Erregung begleitenden „Colloidprocesses" beruht. Dittler (Leipzig).

25. **Zur chemischen Kinetik der Muscarinwirkung und des Antagonismus Muscarin-Atropin**; von Walther Straub. (Arch. f. Physiol. CXIX. 3 u. 4. p. 127. 1907.)

Versuche am Aplysien- und Torpedoherzen haben ergeben, dass das Muscarin zu denjenigen Giften gehört, die an sich einen *Reiz* für das betroffene Gewebe bilden und in Folge dessen (wie jeder physiologische Reiz) der Potentialdifferenz unterliegen. Während z. B. bei Alkaloiden des Typus Strychnin-Veratrin-Morphin der durch die Giftspeicherung in der Zelle bewirkte *Zustand* der Giftsättigung die Giftwirkung bedingt, ist beim Muscarin (ebenso wie beim Pilocarpin und Adrenalin) die specifische Wirkung *nicht* an den *Zustand* der Giftsättigung, sondern an den *Vorgang* der allmählichen Giftadsorption geknüpft. Es müssen also alle Faktoren, die den Ausgleich des

Concentrationpotentials zwischen dem Blute und dem betroffenen Organe aufheben oder die Reaktiengeschwindigkeit des Speicherungsvorganges herabdrücken, als Hemmungen für die Wirkung des Giftes, als Antagonisten wirken.

Der Antagonismus Muscarin-Atropin soll nun nach der Ansicht Str.'s eben darauf beruhen, dass das Atropin den Speicherungs*vorgang* des Muscarins verzögert. Die Anwesenheit von Atropin hat auf die Menge des schliesslich gespeicherten Muscarins keinen Einfluss. Dittler (Leipzig).

26. **Beiträge zur Kenntniss der willkürlichen Bewegung.** 1. Mittheilung: *Die Contraktion des Froschmuskels bei Strychninvergiftung;* von Dr. Adolf Basler. (Arch. f. Physiol. CXXII. 7—9. p. 380. 1907.)

Beim strychninvergifteten Frosch verläuft eine einzelne Muskelzuckung zeitlich fast genau ebenso, wie eine durch künstliche Reizung am unvergifteten Thiere hervorgerufene Zuckung. Auch für die Summirung, Superposition u. s. w. bestehen in beiden Fällen fast gleiche Verhältnisse. Für das Zustandekommen eines glatten Tetanus reicht die Frequenz der einzelnen Impulse (ca. 8 pro Sekunde) im Strychnintetanus allerdings nicht aus.

Durch länger dauernde Strychninwirkung, namentlich bei grösseren Dosen, trat die Giftwirkung häufig dadurch zu Tage, dass die Einzelcontraktion gedehnter und zugleich auch niedriger wurde. Die Dehnung der Contraktioncurve war dabei offenbar lediglich bedingt durch eine Veränderung des Muskels. Denn auf direkte elektrische Reizung beschrieb der Muskel in diesem Zustande die gleiche Curve. Die Vergiftung konnte sogar so weit getrieben werden, dass die Muskulatur nicht mehr willkürlich vom Thiere gebraucht werden konnte. Dem Strychnin scheint also in grossen Dosen eine dem Curare ähnliche Wirkung zuzufallen.

Die negative Schwankung einer Strychnineinzelcontraktion zeigte, auch wenn der Zuckungsverlauf sich in nichts vom normalen unterschied, einen viel langsameren Verlauf als die negative Schwankung bei einer durch künstliche Reizung hervorgerufenen Muskelzuckung. Auch war sie in der Regel viel *höher*. Trotzdem verschmelzen bei den von B. beobachteten Strychninverkürzungen die negativen Schwankungen niemals.

Dittler (Leipzig).

27. **Ueber die Beziehungen zwischen Aktionsstrom und Zuckung des Muskels im Verlaufe der Ermüdung;** von Dr. Ernst Th. v. Brücke. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 3—5. p. 215. 1908.)

v. Br. legte sich besonders die Frage vor, welche Beziehung besteht zwischen den Aenderungen des Zuckungsverlaufes und denen der Aktionsströme während der Ermüdung, und fand Folgendes:

„Ebenso wie die ersten Zuckungen einer Ermüdungsreihe zeigen auch die Aktionsströme eine deutliche Treppenbildung. Bei submaximalen Reizen verschiedener Stärke ändert sich die Stärke des Aktionsstromes regelmässig mit der Zuckungshöhe. Während der Ermüdung nehmen Zuckung und Aktionsstrom ab." Bei schwachen Muskeln geht die Abnahme beider parallel, bei starken ermüden die Zuckungen früher als die Aktionsströme. „Im Verlaufe eines Tetanus nehmen die Einzelschwankungen trotz relativ kräftiger Zusammenziehung des Muskels sehr rasch an Höhe ab, bleiben aber während der ganzen Dauer der Reizung merklich."

Dippe.

28. **Wechselnde Erregbarkeit von Kaninchen- und Froschmuskelnerven;** von Dr. Martin Beltrani. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 451. 1907.)

Für Froschnerven stellte B. fest, dass die peripherischen Strecken der NN. tibiales und peronei erregbarer sind für absteigende Ströme, die centralen erregbarer für aufsteigende Ströme; dass Nerven in Verbindung mit dem Mittelhirn im Allgemeinen weniger erregbar sind, als wenn sie nur noch mit der Medulla oblongata zusammenhängen oder isolirt sind; dass durchschnittene Nerven oft erregbarer sind als unterbundene.

Für Kaninchenmuskeln fand er, dass die NN. tibiales und peronei eine scharfe Grenze zwischen Strecken erhöhter und verminderter Erregbarkeit zeigen. Der Wendepunkt liegt 1.5—2 cm unterhalb der Nervenverzweigung. Ausserdem wurde festgestellt, dass zwei Peronei, deren centrale Theile durchfroren waren, unterhalb dauernd ihre Erregbarkeit verloren, während gleichbehandelte NN. tibiales nicht litten. Dittler (Leipzig).

29. **Zur Kenntniss des Tonus der Skeletmuskulatur;** von Dr. Wilhelm Trendelenburg. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 499. 1907.)

Während Tr. für den Tonus der Beinmuskulatur der Taube die Deutung als „Reflextonus" anerkennt, der seinen Ursprung im tonisch innervirten Gliede selbst hat, liegt seiner Ansicht nach am Flügel ein Tonus vor, an dem die aus der Peripherie des Gliedes selbst stammenden Erregungen unbetheiligt sind. Er glaubt sogar, dass überhaupt *jeglicher reflektorische Einfluss hier wegfällt.* [Gegenüber dieser Auffassung hat kürzlich Baglioni (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. 1907) geltend gemacht, dass auch die Flügelhaltung der Taube sehr wohl durch einen „Reflextonus" bedingt sei. *Ref.*] Dittler (Leipzig).

30. **Ueber das Leuchten der Tiefseefische;** von Ernst Mangold. (Arch. f. Physiol. CXIX. 12. p. 583. 1907.)

Die Leuchtorgane von Maurolicus Pennantii bestehen aus tubulösen Drüsen, die von Bindegewebe-

schichten mit Pigmenteinlagerung, den „Reflektoren", eingeschlossen werden und nur nach der Oberfläche des Thieres hin von einer durchsichtigen Linse begrenzt sind. Das eigenartige Farbenspiel der Leuchtorgane wird durch Interferenzerscheinungen an den glänzenden Bindegewebefasern der Reflekteren (Wirkung dünner Plättchen) hervorgerufen. Ein eigentliches Leuchten der Organe tritt nie spontan, sondern immer nur auf Nervenreiz hin ein, und zwar, wie aus der Ausbreitung des Leuchtens hervorzugehen scheint, auf reflektorischem Wege. Dittler (Leipzig).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

31. **Untersuchungen über das proteolytische Antiferment;** von Dr. Werner Schultz und Dr. Raffaele Chiarolanza. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 30. 1908.)

„Neben der antifermentativen Wirkung des Blutserums, sowie anderer normaler und pathologischer Flüssigkeiten gegenüber der Proteolyse durch Eiter besteht eine Hemmung der proteolytischen Verdauung durch Zellen verschiedener Organe und Geschwülste, insbesondere des Carcinoms". Eine Ausnahme machte nur ein Pankreascarcinom, ein neuer Beweis dafür, dass Neubildungen oft die physiologischen Eigenthümlichkeiten des Mutterbodens festhalten. Dippe.

32. **Zur Kenntniss der proteolytischen Zellthätigkeit maligner Tumoren;** von Dr. Lee Hess und Dr. Paul Saxl. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 33. 1908.)

H. u. S. können die Annahme von der besonders starken Autolyse bösartiger Geschwülste nach dem Tode nicht bestätigen. Der Zerfall ist ihren Beobachtungen nach nicht grösser als in anderen Organen von gleichem Zellenreichthume. Bei der gemeinsamen Autolyse zweier Organe findet eine deutliche gegenseitige Hemmung des Eiweissabbaues statt und dasselbe ist, entgegen den Angaben Anderer, der Fall bei der gemeinsamen Autolyse von Krebs und einem gesunden Organe desselben Menschen. Dippe.

33. **Ueber Bakterienkatalase;** von Dr. August Jorns. (Arch. f. Hyg. LXVII. 2. p. 134. 1908.)

Die meisten, wenn nicht alle Bakterien (allerdings die verschiedenen Arten in sehr ungleicher Menge) sind im Stande, Katalase zu bilden, jenes im Pflanzen- und Thierreiche weit verbreitete Ferment, dem die besondere Fähigkeit zukommt, Wasserstoffsuperoxyd unter Bildung von freiem Sauerstoffe zu zerlegen. Auf die Einzelheiten von J.'s ausgedehnten Untersuchungen können wir nicht eingehen. Dippe.

34. **Ueber Antitoxinresorption vom Rectum aus;** von Dr. Franz Hamburger und Dr. Romeo Menti. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 31. 1908.)

Die für die praktische Anwendung wichtige Frage, ob bei Einspritzungen von Serum in das Rectum die wirksamen Bestandtheile als solche in das Blut gelangen, möchten H. u. M. nach ihren Versuchen mit Tetanusantitoxin verneinen. Für gewöhnlich werden Antitoxine augenscheinlich vom Mastdarme aus nicht resorbirt. Dippe.

35. **Une conception générale des anticorps et de leurs effets;** par Nicolle. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 3. p. 237. 1908.)

Die Untersuchungen über die Resistenz und natürliche Sensibilität führen N. zu der Annahme, dass hinter den Hauptfaktoren, Species, Alter, Individuum u. s. w., die die Resistenz und Sensibilität direkt zu beherrschen scheinen, einfache qualitative und quantitative Differenzen der Antikörper sich verbergen. Es wird dieses bewiesen durch die Existenz normaler Antikörper und deren Identität mit den künstlichen Antikörpern. Walz (Stuttgart).

36. **Recherches sur l'origine des précipitines;** par J. Cantacuzène. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 1. p. 54. 1908.)

Die im normalen Kaninchenblute enthaltenen nicht specifischen Präcipitine haben denselben Ursprung wie die durch Antigeninjektion entstandenen specifischen, vorzugsweise in den mononucleären Leukocyten der Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark. Erstere erscheinen wenige Stunden nach einer Infektion oder nach intraperitonäaler Aleuronatinjektion in vermehrter Menge. Walz (Stuttgart).

37. **Ueber scheinbare anticomplementäre und Antiamboceptorwirkung präcipitirender Sera im Thierkörper;** von R. Pfeiffer und C. Moreschi. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 2. 1906.)

Die Untersuchungen zeigen, dass specifisch präcipitirende Sera beim Zusammentreffen mit den zugehörigen Präcipitogenen auch im Thierkörper durch Fixation des Complements ausgesprochene antibakteriolytische Wirkungen zeigen. Das wirksame ist das Präcipitat, das das Complement an sich reisst oder zerstört. Bei diesem Vorgange ist das quantitative Verhältniss des präcipitirenden Serum und des Präcipitogens von Bedeutung; das Optimum der antibakteriolytischen Wirkung fällt mit dem Optimum der Präcipitation zusammen. Diese anticomplementäre Wirkung des Präcipitats kann das Vorhandensein von Antiamboceptoren ver-

täuschen, möglicher Weise war dieses bei manchen bisherigen Untersuchungen der Fall.
Walz (Stuttgart).

38. **Neue Thatsachen über die Blutkörperchenagglutination;** von C. Moreschi. (Centr.-Bf. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 1. p. 49. 1908.)

Erythrocyten, die mit einer an sich nicht agglutinirenden Dosis des entsprechenden Immunserum beladen werden, verklumpen beim Hinzutritte kleiner Mengen von präcipitirendem Serum schnell und stark, wenn man als Antieiweissserum ein für diejenige Thierspecies präcipitirendes Serum benutzt, die den Amboceptor geliefert hat. Es dürfte in dieser Thatsache ein neuer Ausgangspunkt für die Erklärung und für die theoretische Deutung der feineren Vorgänge bei der Agglutination zu erblicken sein. Walz (Stuttgart).

39. **Beobachtungen über Hämolyse und Hämoagglutinine;** von K. Landsteiner und fl. Raubitschek. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 7. p. 660. 1907.)

Versuche mit hämolytischen Substanzen aus Trypanosomen und Bakterien, sowie aus Papilionaceen, Bohnen, Erbsen, Linsen, zeigten, dass es sehr kräftige Hämoagglutinine giebt, die einer toxischen Wirkung entbehren. Walz (Stuttgart).

40. **Ueber Hämolyse beschleunigende Immunsubstanzen;** von E. Friedberger und C. Moreschi. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 4. p. 346. 1907.)

Wenn man ein Thier der Species A mit einem Immunserum behandelt, das auf seine eigenen Erythrocyten hämolytisch wirkt, so muss diese Behandlung nach der Ehrlich'schen Theorie zur Bildung von Hemmungskörpern oder Antiamboceptoren führen. Dieses trifft thatsächlich bei der Ziege zu, ist aber kein allgemein gültiges Gesetz, denn bei Behandlung von Kaninchen mit einem für Kaninchenblut hämolytischen Ziegenserum erhält man ein Serum, das bei Complementzusatz keine Hemmung, sondern im Gegentheile eine Beschleunigung der Hämolyse hervorruft. Eine Erklärung für das Phänomen steht noch vollkommen aus.
Walz (Stuttgart).

41. **Sur les rapports entre la sensibilisatrice hémolytique et le précipitinogène;** par B. Zebrowski. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 1. p. 49. 1907.)

Die Versuche mit hämolytischem Serum von mit Kuhblut vorbehandelten Ziegen und Präcipitinogen, repräsentirt durch das Serum mit Kuhserum vorbehandelter Kaninchen ergaben eine starke Präcipitation ohne jede sensibilisirende Wirkung. Da die bis jetzt bekannten antisensibilisirenden Sera nur geringe präcipitirende Wirkung besitzen, schliesst Z., dass ihre Wirkung auf einer besonderen, vom Präcipitin verschiedenen, Substanz beruhe, entsprechend der Theorie Bordet's.
Walz (Stuttgart).

42. **Studien über Hetero- und Isantagonismus, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse bei Infektiösen Erkrankungen der Harnwege;** von R. Faltin. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 1. 2. 3. p. 6. 109. 222. 1908.)

In den meisten Harncultnren können Hemmungserscheinungen sowohl gegen die eigene als gegen fremde Bakterien nachgewiesen werden. Der Staphylococcus wie der Colibacillus erzeugen im Harn iso- und heteroantagonistische Erscheinungen. Besonders Proteus verkürzt das Leben der anderen Bakterien. Walz (Stuttgart).

43. **Ueber die Umsetzung von Aminosäuren durch Bac. proteus vulgaris.** *Ein Beitrag zum Stickstoffwechsel der Bakterien;* von Dr. P. Nawinsky. (Arch. f. Hyg. LXVI. 3. p. 209. 1908.)

Für die Art der Umsetzung, die bei der Vergährung der Aminosäuren durch den Bac. proteus vulgaris stattfindet, sind von besonderem Interesse das Entstehen der Buttersäure aus Aminovaleriansäure und von Amylalkohol aus Benzin. N. sucht die Einzelheiten bei diesen Vorgängen aufzuklären. Asparagin wird glatt in Bernsteinsäure, Essigsäure, Ammoniak und Kohlensäure zerlegt. Es handelt sich dabei um einen einfachen Stoffwechselvorgang mit Freiwerden beträchtlicher Wärmemengen. Nach der Leichtigkeit, mit der der Proteus die Aminosäuren vergährt, kann man folgende Reihe aufstellen: Asparaginsäure, Leucin, Aminovaleriansäure, Phenylolanin, Tyrosin, Arginin, Kreatin, Glykokol, Alanin. Die Umsetzung des Asparagins in Bernsteinsäure und NH_3 wird auch durch abgetödtete Bakterien bewirkt, langsam und unvollständig, proportional der wirkenden Fermentmasse. Dippe.

44. **La lipase des moisissures;** par N. Deleano. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 2. p. 207. 1907.)

In verschiedenen Schimmelpilzen, Penicillium glaucum, Aspergillus niger und flavus, fanden sich fettzerlegende Fermente, Lipasen, von verschiedenartiger Wirkung. Walz (Stuttgart).

45. **Action de quelques bactéries sur les hydrates de carbon et le lait tournesolé;** par Vourfond. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 2. 3. p. 97. 193. 1907.)

V. untersuchte eine Reihe von Bakterien bezüglich ihrer Wirkung auf zuckerhaltige Nährböden und Lackmusmilch. Die Resultate waren gegenüber den Angaben Anderer widersprechend. Er fand z. B., dass die untersuchten Stämme von Paratyphus A und B Gas bildeten und Lackmusnährböden mit Saccharose, Lactose, Raffinose und Erythrit rötheten; mit Salicin, Amygdalin und Inolin war die Wirkung verschieden. Die Divergenzen erklären sich durch die von de Vries in der Botanik aufgestellte Mutation. Walz (Stuttgart).

46. **La microbiologie du groupe Bac. faecalis alcaligenes;** par W. N. Klimenko. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 1. p. 1. 1907.)

Es gibt eine Gruppe des Bacillus faecalis alcaligenes, der die Gruppe des Bacillus fluorescens non liquefaciens sehr nahe verwandt ist. Beide scheinen, wie Podwyssotzki fand, Nekrophyten zu sein. Während der Typhusbacillus peritrich ist und auf Petruschky'schem und auf Mannitnährboden Säure bildet, hat der faecalis alcaligenes nur an den Enden Cilien und bildet auf den genannten Nährböden Alkali. Walz (Stuttgart).

47. **Ueber die Resistenz des Menschen gegen Milzbrand;** von K. Kreibich. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 31. p. 936. 1907.)

K. geht von der klinischen Erfahrung aus, dass die meisten Infektionen mit der Pustula maligna gutartig verlaufen, und dass bei einer älteren Pustel der Nachweis der Bacillen kulturell schwer, auch im Thierexperiment nicht immer gelingt, was darauf hinweist, dass die Bacillen dann verschwinden, wenn die zellige Exsudation einsetzt. Experimentell konnte K. nachweisen, dass menschliches Serum allein Milzbrandbazillen nicht abtödtet, Eiterkörperchen aber sehr kräftig wirken. Letztere erhält man steril am einfachsten aus Buboneneiter. So lässt sich auch experimentell nachweisen, dass die Resistenz des Menschen gegen Milzbrand auf die Leukocyten zurückzuführen ist.
Walz (Stuttgart).

48. **Uebertragung der Maul- und Klauenseuche auf den Menschen und Wiederimpfung der menschlichen Krankheit auf die Rinder;** von E. Bertarelli. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XLV. 7. p. 628. 1907.)

Die zwei Fälle von Maul- und Klauenseuche bei jungen Thierwärtern, als Aphthen sich äussernd, sind dadurch bemerkenswerth, dass die menschlichen Aphthen auf Kälber übertragen wurden, und die typische Krankheit hervorriefen. Walz (Stuttgart).

49. **Der Fränkel'sche Gasbacillus als Erreger lokaler Hautnekrose ohne Gasbildung im Thierversuch;** von Dr. Hosemann. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 7. p. 619. 1907.)

H. züchtete aus menschlicher Gasphlegmone einen Bacillus, der, culturell völlig dem Fränkel-Welch'schen gleich, im Thierversuch aber nur Blasen ohne Gasbildung hervorrief. Walz (Stuttgart).

50. **Ueber eine bei Menschen und Ratten beobachtete Mykose.** *Ein Beitrag zur Kenntniss der sogen. Sporotrichosen;* von A. Lutz und A. Splendore. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 7. p. 631. 1907.)

L. und S. konnten anlässlich der Untersuchung pestverdächtiger Ratten der Tuberkulose ähnliche Veränderungen an den Fusswurzeln oder am Schwanz feststellen, aus denen sich ein Sprosspilz züchten liess, der bei gesunden Thieren gleiche Affektionen hervorrief. In an Menschen beobachteten Fällen von rotzähnlichen Geschwüren fand sich derselbe Pilz, der wahrscheinlich zu Trichosporium Fr. Summa zu stellen ist (nach der Klassifikation im Sammelwerk von Engler und Trautl).
Walz (Stuttgart).

51. **Stomoxyides nouveaux du Congo;** par E. Roubaud. (Ann. de l'Inst. Pasteur. XXI. 8. p. 666. 1907.)

Beschreibung mehrerer neuer Arten von Stomoxys, die R. in Brazzaville (Congo) gefangen hat. Einzelheiten im Original. Löhlein (Leipzig).

52. **Sur les cas de peste survenus au laboratoire du fort Alexandre I. à Cronstadt en février 1907;** von N. M. Berestnew. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 3. p. 277. 1908.)

B. theilt zwei Laboratoriuminfektionen von Pest im Laboratorium des Forts Alexander I. in Kronstadt mit. Dr. Schreiber beging die Unvorsichtigkeit, Pestculturen mit einer Pasteur'schen Pipette anzusaugen, mit einem Schutzpfropf aus Watte, die sich durchfeuchtete, so dass Sch. Culturflüssigkeit in den Mund bekam. Trotz sofortiger Mundspülung mit Sublimat liess sich die tödtliche Infektion nicht verhindern. Bei der *Sektion* dieses an Lungenpest verstorbenen Collegen inficierte sich durch eine unbemerkte Fingerwunde einer der Assistenten, es entstanden Bubonen der Achselhöhle, die Infektion verlief glücklicherweise günstig. Walz (Stuttgart).

53. **Sur la teneur en substances immunisantes de quelques organes et humeurs des chevaux immunisés contre la peste bubonique;** par J. Z. Chouroupoff. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 3. p. 316. 1908.)

Von den Organen gegen Pest immunisirter Pferde sind die Leber und Milz am reichsten an Antikörpern, die Blutkörperchen enthalten fast keine solchen. Die Milch gegen Pest immunisirter Ziegen enthält so geringe Mengen von Antikörpern, dass durch die Milch auf die Jungen keine Immunität übertragen werden kann. Walz (Stuttgart).

54. **Contribution à l'étude de la pneumonie pesteuse expérimentale;** par V. Goss. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 3. p. 316. 1908.)

Die experimentelle Pestpneumonie zeigt den Charakter der reinen lobulären katarrhalischen Pneumonie, ohne beträchtliche Erkrankung der Bronchen und ohne Fibrinbildung. Das Gift gelangt wahrscheinlich auf dem Luftwege in das Lungenparenchym, da in den Gefässen fast keine, in den Alveolen viele Bazillen sich finden und die Bronchialdrüsen weit mehr ergriffen sind, als die Cervikaldrüsen. Der Tod erfolgt zweifellos durch Intoxikation, nicht durch Erstickung, da die Herde klein sind. Walz (Stuttgart).

55. **Experimentelle Untersuchungen über die Pneumokokkenvirulenz während der Pneumonie;** von Jürgens. (Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. III. 1. 1906.)

Bei seinen Untersuchungen, die J. über die Pneumokokkenvirulenz anstellte, liess er sich von der Anschauung leiten, dass der Verlauf und die Schwere der Pneumonie von mehreren Faktoren abhängig seien. Unter Anderem verlangt ein Faktor, nämlich die Eigenschaften der Pneumokokken als derjenigen Erreger, die bei der typischen Pneumonie am meisten in Frage kommen, besondere Berücksichtigung. J. hat eine Reihe von Versuchen angestellt, indem er auf weisse Mäuse und Kaninchen

Sputum von Pneumonikern, von Pneumonie-Rekonvalescenten und von solchen nicht pneumoniekranken Menschen verimpfte, in deren Sputum Pneumokokken vorhanden waren. In den allermeisten Fällen gingen die Versuchsthiere innerhalb 3 Tagen zu Grunde, wenn sie mit 1 ccm pneumokokkenhaltigen Sputums geimpft waren. J. gelangt nun zu folgenden Ergebnissen: Die Wirkung des Sputums auf Versuchsthiere, speciell Mäuse, kann im Allgemeinen keinen Anhaltepunkt für die Schwere der Infektion beim Menschen abgeben. So zeichnet sich bei einer ganzen Reihe von günstig verlaufenden Fällen das Sputum durch hohe Giftigkeit aus, während in mehreren lethal verlaufenden Fällen das Sputum viel weniger giftig war. Beim Uebergreifen des pneumonischen Processes auf andere Lungenlappen wird oft eine Steigerung der Sputumvirulenz bemerkbar; eine kritische Betrachtung der pathologischen Vorgänge macht es wahrscheinlich, dass jene nachweisbare Veränderung des Auswurfes nicht die Ursache des Fortschreitens der Lungenentzündung ist, dass vielmehr die anatomischen Veränderungen der Virulenzsteigerung vorangehen. Eine bemerkenswerthe Thatsache ist die der Steigerung der Sputumvirulenz, wie sie mit wenigen Ausnahmen im Verlaufe einer jeden Pneumonie bemerkbar wird, auch wenn der Process auf den ursprünglichen Herd beschränkt bleibt. Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt J. zu dem Schluss, dass in der Wirkung des pneumonischen Sputums sich nicht etwa die ursprünglichen Eigenschaften der Pneumokokken offenbaren, sondern die für Mäuse wirksamsten Diplokokken brauchen diese Virulenz im Moment der Infektion gar nicht besessen zu haben, vielmehr sind sie erst virulent geworden während des Infektes und durch den Infekt. Da nun eine Minderung der Virulenz während der Erkrankung stets stattfindet, so folgt nach J. unmittelbar, dass die Eigenschaften der Pneumokokken an und für sich gar nicht so wichtig für den Verlauf der Pneumonie sind; von wesentlicherer Bedeutung ist vielmehr die Frage nach jener Aenderung der Virulenz während der Krankheit. J. stellt sich vor, dass diese Aenderung bedingt wird durch Stoffe, die unter dem Einflusse des Pneumokokkeninfekts in dem befallenen Lungenabschnitt gleichsam als Reaktionprodukte gebildet werden, und die auf die Infektionerreger einen Reiz ausüben; von der Art und Grösse des Reizes wird es abhängen, ob die Pneumokokken sich daraufhin ändern, ob sie sich vermehren oder ob sie vernichtet werden. Die Reaktion des Körpers kann so ausfallen, dass die Pneumokokken mit einem Gegenreiz antworten, indem sie sich vermehren, Gifte bilden und wiederum den Körper zu grösserer Reaktion veranlassen. Wirkung und Gegenwirkung halten sich das Gleichgewicht, bis auf einer Seite der Reiz erlahmt und damit die Entscheidung herbeigeführt wird. Nicht die primären Eigenschaften der Infektionerreger bestimmen im Wesentlichen die Schwere der Erkrankung und deren Verlauf, sondern vor Allem der Zustand des befallenen Körpers. Seine Fähigkeit, den Mikroorganismen wirksam entgegen zu treten, ist bestimmend für die Aenderung der Pneumokokken. So erklärt sich nach J.'s Meinung ganz ungezwungen die Mannigfaltigkeit im Verlauf einer Lungenentzündung.

Goordoler (Magdeburg).

56. **Experimentelle Untersuchungen über die Rolle des Darmes in der Pathogenie der Pneumonie;** von Nestor I. Nastase. (Spitalul. XXVI. 8. p. 168. 1907.

Calmette und seine Schüler behaupten, dass, wenn man mit der Magensonde virulente Culturen von Pneumokokken in den Magen von Thieren bringt, diese Mikroorganismen nach 24 Stunden in reichlicher Menge im Lungenparenchym aufgefunden werden. Mironescu und Basset haben diese Behauptungen widerlegt und auch N. ist zu negativen Resultaten gelangt. Er machte seine experimentellen Untersuchungen an Kaninchen und gelangte zu folgenden Schlüssen: Eine experimentelle Pneumonie kann bei Kaninchen durch reichliches Einführen von Pneumokokken mittels der Sonde in den Magen nicht hervorgerufen werden. Der Pneumococcus durchdringt nicht die Darmwand und, wenn das Experiment gut ausgeführt worden ist, wird er weder in den Ausstrichpräparaten der Lunge, noch in denjenigen anderer Organe gefunden. Nur bei fehlerhaft ausgeführten Inokulationen wurden Pneumokokken in der Lunge gefunden und durch Culturversuche nachgewiesen.

E. Toff (Braila).

57. **Zur Methodik der bakteriologischen Blutuntersuchung;** von Dr. Wiens. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 28. 1907.)

Zur Untersuchung des Blutes bei croupöser Pneumonie sind flüssige Nährboden günstiger als feste; wichtig ist es, dass der Nährboden blutgerinnungshemmend ist, da das geronnene Blut stark baktericid ist. Pepton wirkt in diesem Sinne. W. hat nahezu immer positive Resultate erhalten, wenn er das der Ellenbogenbeuge entnommene Blut in Mengen von 1 ccm in Röhrchen übertrug, die 10proc. leicht alkalisches Peptonwasser mit 1% Dextrinzusatz enthielten. Zeitweises Schütteln wirkt günstig. Nach 20—24 Stunden werden Theile des Sedimentes auf Agarplatten aufgestrichen. Walz (Stuttgart).

58. **A study of different strains of pneumococci, with especial reference to the lesions they produce;** by J. W. Eyre, A. N. Loathern and J. W. Washbourn. (Jonrn. of Pathol. a. Bacteriol. XI. 3. p. 246. June 1906.)

Mit Hülfe des Thierexperimentes unterschieden E., L. u. W. zwei verschiedene Pneumokokkenstämme, und unterscheiden einen fibrinösen und einen cellulären Stamm, beide von gleicher Virulenz. Der erstere erregt nach subkutaner Injektion bei Kaninchen reichliche fibrinöse Exsudation, mit wenigen Zellen untermischt, der letztere erzeugt

Anhäufungen von Rundzellen, zwischen denen nur zerstreute zarte Fibrinfäden vorkommen.

Walz (Stuttgart).

59. **Ueber das Pneumotoxin;** von A. Maefadyen. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 1. p. 30. 1906.)

M. erhielt aus zerriebenen Pneumokokken, die virulent sein müssen, ein Toxin, das gegen Hitze empfindlich ist und Versuchthiere nach 12 bis 18 Stunden tödtete. Walz (Stuttgart).

60. **Biologische Wirkungen des antipneumonischen Serums;** von L. Panichi. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIII. 6. 7. p. 632. 728. 1907.)

P. erhielt mit dem Serum von mit Pneumokokken geimpften Eseln, Schafen und Kaninchen und dem Filtrat homologer Culturen Präcipitation. Die absoluten, am Ende der Reaktion verstärkten Werthe des Präcipitins haben, wie bei den Agglutininen, keine direkte Beziehung zu dem Heilwerthe des Serum. Walz (Stuttgart).

61. **Das Schicksal inhalirter Schimmelpilzsporen.** *Ein Beitrag zur Kenntniss des Infektionerregers durch Inhalation;* von Dr. Ballin. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 479. 1908.)

Schimmelpilzsporen gelangen bei feuchter oder trockener Zerstäubung mit dem Inhalationstrome bis in die Alveolen. Dort dringen sie bald in das Gewebe ein und keimen in den Alveolarzwischenwänden aus. Dippe.

62. **Ueber den gegenwärtigen Stand der Keuchhustenfrage;** von Dr. Georg Arnheim. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31. 1908.)

A. bestätigt die Specifität der von Bordet und Gengou bei Keuchhusten isolirten Bakterien und hält sie für die Erreger der Krankheit. Sie allein unter allen bei Keuchhusten gefundenen und beschriebenen Bakterien geben eine specifische Serumreaktion, und gerade sie sondern stark reizende Stoffe ab, die wohl Keuchhusten hervorrufen können. Dippe.

63. **Untersuchungen zur Entstehung des Keuchhustens;** von C. Fraenkel. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 32. 1908.)

Fr. bestätigt in der Hauptsache den Keuchhustenerreger von Bordet und Gengou. Es gelang ihm sogar bei Affen, durch Einstäubung der Bacillen Keuchhusten hervorzurufen. Für ganz sicher hält Fr. die Sache deshalb noch nicht, weil er die Bordet'schen Bacillen auch bei nicht Keuchhustenkranken fand und weil eine specifische Complementreaktion unter 5 Fällen nur in einem eintrat. Dippe.

64. **Contribution à l'étude des corps intra-épithéliaux de Guarneri;** par H. Aldershoff et C. M. Broers. (Ann. de l'Inst. Pasteur XX. 9. p. 779. 1906.)

Die ausserordentliche Differenz in der Form und Dimension der Guarneri'schen Körperchen, ihr ganz verschiedenes Verhalten gegenüber Farbstoffen, machen für A. u. B. die Hypothese unmöglich, dass es sich um Mikroorganismen handelt, die die Variola und Vaccine erregen. Nach ihrer Annahme handelt es sich um specifische Produkte des unbekannten Virus, bei deren Bildung der Kern und das Cytoplasma gleichermaassen in Betracht kommen. Der Kern stösst chromatinhaltige Körnchen aus, die nach einiger Zeit von einem Protoplasmamantel umgeben werden. Bis jetzt können weder die Siegel'schen, noch die Prowazek'schen Körperchen, noch die Bonhoff'schen Spirochaeten als Erreger anerkannt werden. Walz (Stuttgart).

65. **Der Kuhpockeninfektion eigenthümliche bewegliche Körperchen im Epithel der Kaninchencornea;** von G. Volpino. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 4. p. 322. 1908.)

Mittels Dunkelfeldbeleuchtung hat V., im Gegensatz zu normalem Epithel, in dem aus der vaccinirten Kaninchencornea entnommenen Epithel zahlreiche äusserst kleine, lebhaft bewegliche Körperchen gesehen, die auch ausserhalb der Zellen vorkommen. Er folgert, dass sie in enger Beziehung zu dem Virus vaccinium stehen. Walz (Stuttgart).

66. **Quelques recherches bactériologiques et expérimentales sur la vaccin antivariolique;** par Kelsch, Camus et Tanon. (Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. LVIII. 30. p. 111. 1907.)

Kaninchen und Rind lassen sich durch corneale Impfung mit Kuhlymphe immunisiren. Vermischen der Lymphe mit Glycerin tödtet wohl die enthaltenen Bakterien ab, vermindert aber auch die Wirksamkeit der Lymphe, die daher in frischem Zustande, bald nach der Mischung mit Glycerin, verwendet werden muss. Das Auftreten der Guarneri'schen Körperchen, ausschliesslich bei Variola und Varicellen, berechtigt mindestens zu dem Schluss, sie als Specialprodukte der Epithelreaktion gegen die unbekannten Erreger ansehen zu dürfen. Die interessante Umwandlung der Variola durch Impfung auf das Rind in Vaccine, nicht etwa in abgeschwächte Variola, ist nach den vielfach gelungenen Versuchen in Deutschland nicht zu bezweifeln. Merkwürdiger Weise gelingt diese Umwandlung wegen klimatischer oder sonstiger unbekannter Verhältnisse in Frankreich nicht.

Walz (Stuttgart).

67. **Experimentelle Untersuchungen über die Fulguration an lebenswichtigen Organen;** von Dr. Georg Arndt und Dr. August Laqueur. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31. 1908.)

Digitized by Google

Welche Wirkung übt die Fulguration mit der Anwendung gewaltiger Spannungen und Entladungen auf die Organe aus? Zur Beantwortung dieser wichtigen Frage haben A. u. L. zahlreiche Versuche angestellt mit folgenden Ergebnissen:

„Zur Fulgurationsbehandlung ist tiefe Narkose nicht unbedingt erforderlich, sofern die Haut ausser Bereich der Funken bleibt oder vor ihnen geschützt ist (durch trockene Compressen oder dergleichen). Fulguration der Haut übt einen geringen Reiz, die der Muskeln, Knochen u. s. w. keine nennenswerthe Wirkung auf Herz und Athmung aus.

Am Gehirn und der Dura mater lässt sich die Fulguration selbst längere Zeit hindurch ohne unmittelbar schädliche Folgen ausführen. Kleinere Reizwirkungen, die sich bei der Fulguration der Dura als Blutdrucksteigerung documentiren, lassen sich durch Verwendung kurzer Funken vermeiden.

Fulguration der Brustorgane darf nur mit gewissen Vorsichtsmaassregeln geschehen, da das Herz beim Auftreffen von Funken unmittelbar mit Arhythmie und Blutdrucksenkung reagirt und durch das Pericard nur wenig geschützt ist. Ganz besonders gross ist diese Schädigung bei bipolarer Verwendung der Fulguration. Kohlensäurekühlung ist bei Fulgurationen im Innern des Thorax zu unterlassen.

Fulguration des Verdauungstraktus und der Harnblase ruft starke Peristaltik, bez. Contraktion hervor, aber nur bei direktem Auftreffen der Funken. Die Bauchhaut oder trockene Compressen gewähren einen sicheren Schutz vor dieser Wirkung.

Unmittelbar nach der Fulguration entnommene Gewebs- und Tumorstücke zeigen, abgesehen von einer kleinen Oberflächennekrose, keinerlei Schädigung.

Die physiologische Wirkung direkter (funkenloser) monopolarer Applikation der Hochfrequenzströme kommt in vielen Beziehungen der Fulgurationswirkung gleich, ja übertrifft dieselbe mitunter noch (s. Gehirn- und Herzversuche). Das beweist, dass an der Fulgurationswirkung nicht nur die Funkenentladung, sondern auch der Hochfrequenzstrom als solcher hervorragend betheiligt ist." Dippe.

68. **Ueber die Hyalin- und Amyloiderkrankung der Conjunctiva.** *Ein Beitrag zur Lehre von dem lokalen Hyalin und Amyloid nebst Bemerkungen über die Beziehungen des lokalen Amyloids zur allgemeinen Amyloidose;* von Prof. Franz Schieck. (Arch. f. Ophthalmol. LXVII. 1. 1907.)

„Sowohl das Hyalin wie das Amyloid ist in seiner Entstehung durchaus nicht an bestimmte Gewebeelemente, wie Zellen oder Bindegewebefibrillen geknüpft, sondern ein Vorkommen der glasigen Substanzen kann eben so gut extracellulär und interstitiell beobachtet werden und es ist sogar im Innern von Lymph- und Blutgefässen eine Abscheidung von scholligem Material erwiesen." „Aus alledem sieht man, dass die tinktoriellen Eigenschaften des Hyalins nicht im mindesten eine solche Constanz haben, dass man sich unbedingt auf dieselben verlassen kann, und dass die optischen und morphologischen Momente zur Stellung der Diagnose in erster Linie maassgebend sind."

„Sind wir aber davon überzeugt, dass die nicht amyloiden Inseln in den Amyloidtumoren hyaline Massen beherbergen, so geht mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit aus unseren Präparaten hervor, dass den scholligen Massen in ihrer ganzen Ausdehnung eine hyaline Substanz zu Grunde liegt; denn mit dem Best'schen Kaliumcarmin färbt sich alles glasige Material, auch die jodophile Masse, gleichmässig leuchtend roth, während mit Jod und noch ausgesprochener mit Methylviolett sich lange nicht alles darstellen lässt, was das Kaliumcarmin annimmt. Hierin liegt eine Rechtfertigung des Satzes, dass das Amyloid ein Hyalin ist, das Chondroitinschwefelsäure in mikrochemisch nachweisbarer Form enthält; denn die Anwesenheit der Chondroitinschwefelsäure ist für den positiven Ausfall der Amyloidreaktion maassgebend."

„Es ist daher widersinnig, zwischen den beiden Varietäten künstliche Schranken aufrichten zu wollen, und wir kommen so zu dem Schlusse, dass beide Geschwülste klinisch und pathologisch-anatomisch dasselbe sind, mit dem einzigen Unterschiede, dass in dem einen Falle die bereits an Ort und Stelle vorgebildete Chondroitinschwefelsäure sich mit dem glasigen Materiale chemisch nachweisbar gebunden vorfindet, während in dem anderen Falle aus irgend einem uns nicht näher bekannten Grunde diese Verbindung ausgeblieben ist."

„Mag der Grund für die positive Reaktion des Amyloids auf das für die Anwesenheit von Glykogen charakteristische Färbungsmittel von Best auch sein wie es will, auf alle Fälle bleibt die Thatsache bestehen, dass wir in unserem Falle einen lokalgebildeten Amyloidkörper kennen gelernt haben, der alle typischen Merkmale des Amyloids an sich trägt und trotzdem auf die Best'sche Glykogenfärbung reagirt."

In diesen Sätzen ist der Inhalt der gehaltvollen Veröffentlichung Sch.'s gegeben.

F. Scheeler (Berlin).

69. **Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur les lésions consécutives à la compression et à l'écrasement des ganglions sensitifs;** par G. Marinesco et J. Minea. (Folia Neuro-Biol. I. 1. p. 4. Nov. 1907.)

Bei experimentellen Pfropfungen an sensibeln Ganglien hatte Marinesco früher eine grosse Plasticität dieser Gebilde beobachtet, eine Eigenschaft, die ihnen gestattet, ihre Form zu ändern und Verlängerungen auszusenden. In der vorliegenden Arbeit theilen M. u. M. die Ergebnisse mit,

die sie an Katzen bei mässigem und starkem Druck auf die Ganglien, sowie bei Zerquetschung hatten. Es zeigte sich eine grosse Aehnlichkeit der Veränderungen. Der Hauptunterschied bestand darin, dass die Zahl der verschwundenen Zellen nach der Pfropfung viel grösser ist als nach mässiger Compression; die Regenerationserscheinungen waren dieselben. Auch die Alterationen, die das 3. Sacralganglion durch die Compression der verdickten und infiltrirten Meningen in einem Falle von Malum Pottii zeigte, näherten sich den experimentell erzeugten bis zu einem gewissen Grade.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

70. **Sui processi di riparazione delle lesioni dei tendini;** per il Dott. Raffaele Minervini, Napoli. (Estratto dal Giorn. intern. delle Science med. XXIX. 1907.)

Aus 32 experimentellen Durchschneidungen der Achillessehne, ausgeführt an 23 Hunden, und ihren Heilungen werden verschiedene Schlüsse gezogen. Es sind zwei Hauptstadien in der *Heilung von Sehnenverletzungen* zu unterscheiden. Das *erste* besteht in der Wiederherstellung der Continuitätstrennung der Sehnenfragmente. Erst erfolgt ein Bluterguss, der den Defekt ausfüllt, ihm schliesst sich Gerinnung an; am 2. Tage beginnt bereits eine Zellenproliferation, indem die bindegewebigen Zellen, besonders der Sehnenscheide, sowie die Gefässendothelien zu wuchern beginnen. Ihre Proliferation ist am 10. Tage beendet. Am 4. Tage beginnt eine Vermehrung der eigentlichen sehnigen Elemente, die den Hauptantheil an der Wiederherstellung des Defekts bildet und etwa am 20. Tage abgeschlossen ist. Ist die Distraktion der Stümpfe gross, so geht die Regeneration fast ausschliesslich von der Sehnenscheide aus. Das *zweite* Stadium, das sich über Monate erstreckt, besteht in einer Umwandlung des frischen Narbengewebes in ein dem Sehnengewebe gleichendes, ein Vorgang, den M. als eine Art funktioneller Anpassung aufgefasst wissen will, abhängig von der Aktivität des Muskels. Fehlt der beständige Zug des Muskelbauches, wie z. B. bei Verletzung der nervösen Centren oder irgendwelcher Veränderung des Muskels, so bleibt diese Umwandlung in schneeartiges Gewebe aus.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

71. **Die Heilung der experimentellen Nagana (Tsetsekrankheit);** von F. Looffler, K. Rühs und E. Walter. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34. 1908.)

Die Vff. geben weitere Belege für die günstige Wirkung der gemeinsamen Anwendung von *arseniger Säure* und *Atoxyl*. Meerschweinchen konnten auch durch Darreichung grosser Dosen von arseniger Säure per os von Trypanosomen freigehalten, bez. geheilt werden. Mit Tartarus stibiatus allein gelang nur ganz ausnahmeweise eine Heilung. Wie es mit Atoxyl zusammenwirkt, sollen weitere Versuche erweisen. Dippe.

72. **Ueber den Nachweis und den Gang der Ausscheidung des Atoxyls im Harn;** von Georg Leckemann und Martin Paucke. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34. 1908.)

Nach Einspritzungen unter die Haut wird der grösste Theil des Atoxyls sehr schnell (binnen 24 Stunden) fast ganz unverändert im Harne wieder ausgeschieden. Geringe Mengen lassen sich noch Tage lang nachweisen. Wiederholt man die Einspritzungen schnell aufeinander, so verlangsamt sich die Ausscheidung und Spuren sind noch Wochen lang aufzufinden. Während der ersten beiden Tage scheint in geringem Maasse ein wachsender Zerfall des Atoxyls in seine Componenten stattzufinden, wenigstens wird verhältnissmässig viel freies Arsen ausgeschieden. Später nimmt diese Ausscheidung ab, es wird ein Theil im Körper gebunden, der dann allmählich durch die Keratinsubstanzen zur Ausscheidung gelangt. Dippe.

73. **Ein neues Keuchhustenmittel;** von Dr. Walther Knupe in Bonn. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 27. 1908.)

K. hatte auffallend gute Erfolge mit einem von der Société anonyme „La Zyma“ in Aigle in den Handel gebrachten Dialysate von Herba Thimi und Pingueculae und empfiehlt weitere Versuche. Man giebt Kindern unter 5 Jahren Morgens und Abends nüchtern 1 Tropfen in einem Esslöffel Wasser, älteren Kindern 2 Tropfen. Lassen die Anfälle nach, so steigt man um 1—2 Tropfen bis zur Heilung, werden die Anfälle häufiger, dann geht man auf die Anfangsdosis zurück. Dippe.

74. **Erfahrungen mit der Pyocyanasebehandlung der Diphtherie;** von Dr. W. Fackenheim. (Therap. Monatsh. XXII. 8. 1908.)

Die Pyocyanase scheint örtlich günstig zu wirken und kann deshalb neben dem Serum mit Erfolg angewandt werden. Dippe.

75. **Euphyllin, ein neues Diureticum;** von Dr. Paul Dessauer. (Therap. Monatsh. XXII. 8. 1908.)

Das Euphyllin ist ein gutes Mittel und zeichnet sich vor anderen Diureticis besonders vortheilhaft aus durch die mannigfache Art und Weise, in der man es den Kranken beibringen kann. Am bequemsten sind die fertig käuflichen Suppositorien zu 0.36 (2—4täglich). Zu intramuskulären Einspritzungen giebt es sterilisirte Lösungen (24%; 1ccm = 0.2 Euphyllin). Bei Verabreichung durch den Magen empfiehlt sich ein Zusatz von Tinct. Cort. Aurantii. Dippe.

Digitized by Google

76. **Protargol und Sophol.**

Ueber die interne Anwendungsweise des Protargol in der Kinderpraxis; von Dr. Egon Hesky. (Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 7. 1908.)

Eine Behandlung der Angina auf dem Wege durch die Nase mittels Protargolsalbe; von Dr. L. Berliner. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 13. 1908.)

The modern treatment of ophthalmia neonatorum; by Dr. Rosa Ford. (Hospital Febr. 29. 1908.)

Kann man die Zahl der Erkrankungen an Ophthalmoblenorrhoea gonorrhoica verringern? von Prof. Otto v. Herff in Basel. (Gynäkol. Rundschau Nr. 10. 1907.)

Sophol als Vorbeugungsmittel bei Ophthalmoblenorrhoea neonatorum; von Dr. E. Gallatia. (Wien. med. Wchnschr. LVIII. 6. 1908.)

Hesky empfiehlt das Protargol zu 0.01 bis 0.1 : 50.0 Wasser 10—15 Minuten vor jeder Mahlzeit einen Kaffeelöffel voll bei Magendarmkatarrhen von Säuglingen und kleinen Kindern. Erfolge ohne Aenderung der Kost gut.

Berliner behandelt Anginen aller Art mit Einstreichen einer Protargolsalbe in die Nase: Protargol 1.5, solve in aqu. destillat. 2.5, Lanol. anhydr. 6.0, Menthol 0.1, Saccharin. 0.3, Vaselin. fl. ad 15.0.

Ford wendet das Protargol in ausgedehntem Maasso gegen die Augenblenorrhöe Neugeborener an. Verhütend träufelt er eine 10proc. Lösung ein; bei ausgebrochener Krankheit macht er daneben feuchtwarme Umschläge.

v. Herff zieht neuerdings das Sophol dem Protargol noch vor. Es reizt fast gar nicht und wirkt sehr sicher. Man kann den Hebammen Tabletten zu 0.25 geben, mittels deren sie sich leicht die richtige 5proc. Lösung herstellen.

Gallatia bestätigt die Angaben v. Herff's aus eigener günstiger Erfahrung. Dippe.

77. **Die Behandlung septischer Erkrankungen mit Collargolklysmen;** von Dr. Curt Soidol. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31. 1908.)

Die Anwendung des Collargol in Klysmen hat sich S. gut bewährt und er empfiehlt sie dringend nicht nur bei septischen Erkrankungen im engeren Sinne, sondern auch bei Rheumatismen, Pneumonie, Typhus, Scharlach, Diphtherie, Meningitis und allerlei anderen Infektionen.

Die genaue Vorschrift lautet folgendermaassen: „1) Täglich ein Reinigungsklystier mit warmem Seifenwasser. 2) Eine Viertelstunde nach Entleerung des Letzteren und des etwa vorhandenen Stuhles eine vorsichtige Darmausspülung mit Kochsalz- oder Sodawasser behufs Entleerung des Darmschleims. 3) Eine Viertelstunde ungefähr darauf bei ernsten Fällen täglich 1—2 Collargolklysmen von je 2—5 g Collargol, in 50—100 g warmen, abgekochten Wassers gelöst. 4) Bei leichten oder chronischen Fällen je 1—2 g Collargol auf 50—100 g warmen, abgekochten Wassers ein- bis mehrmals täglich. 5) Nach Eintritt einer Wirkung Herabgehen in der Dosis, doch Fortsetzen der selteneren und schwächeren Klysmen etwa 14 Tage lang. 6) Bei Rückfallen sofortige erneute Darreichung von Collargolklysmen, falls nicht die Bildung eines Abscesses oder ein sonstiges Lokalleiden die Verschlechterung erklärt." Dippe.

78. **Ueber eine wesentliche Verbesserung meines Serums;** von Prof. R. Deutschmann in Hamburg. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 29. 1908.)

D.'s Serum erfreut sich wachsender Anerkennung. Das neueste Präparat (der wirksame Bestandtheil in wässeriger Lösung) erlaubt die Anwendung grosser Dosen ohne alle Bedenken. Grosse Dosen sind aber nothwendig. Bei Erwachsenen sind 4 ccm der doppelt concentrirten Lösung ganz ungefährlich. Dippe.

79. **Der überlebende Uterus als Testobjekt für die Werthigkeit der Mutterkornpräparate;** von Dr. E. Kehrer. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LVIII. 5 u. 6. p. 366. 1908.)

Das überlebende Uterushorn der Katze erwies sich als vortreffliches Testobjekt und 0.01 Sec. cornut. auf 200 ccm Ringer'scher Flüssigkeit wurde als Grundeinheit festgesetzt zu einer vergleichenden Tabelle der verschiedenen Präparate. Bei Aufbewahrung (in der Apotheke) wird das Mutterkorn nach 1 Jahre 7—8mal, nach 2 Jahren etwa 15mal schwächer. Das stimmt nicht mit den Versuchen Kobert's über den Eintritt der Gangrän am Hahnenkamme, nach denen das Mutterkorn schon nach einem halben Jahre wirkungslos ist. Augenscheinlich handelt es sich bei der Einwirkung auf den Uterus und bei der Erzeugung der Gangrän um verschiedene Bestandtheile des Mutterkorns.

Clavin erwies sich auf den lebenden und auf den überlebenden Uterus als unwirksam. Dippe.

80. **Der heutige Stand der Mutterkornfrage;** von Adolf Bennecke in Rostock. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 3. p. 669. 1907.)

B. empfiehlt dem praktischen Arzte das zu rechter Zeit gesammelte und in rechter Weise präparirte und aufbewahrte Mutterkornpulver als ein nach wie vor brauchbares Mittel, obwohl Schwankungen seiner Wirkungskraft in weitem Umfange vorkommen. Die Extrakte, Ergotine u. s. w. sind in ihrer Zusammensetzung und Wirksamkeit noch mehr schwankend und verschieden und deshalb dem frischen Mutterkornpulver unterlegen. Aus der Summe der aus dem Mutterkorn im Laufe der Zeit angeblich chemisch rein isolirten Alkaloide blieben allein übrig: das unwirksame Ergotinin und das wirksame Ergotoxin. Da das Ergotoxin nach Dale bei innerlicher Verabreichung selbst grösserer Dosen keine Wirkung auslöst, solche vom Mutterkorn indessen sicher bekannt ist, so kann das Ergotoxin nicht alle wirksamen Eigenschaften des Mutterkorns besitzen und kann folglich nicht die einzig wirksame Substanz sein. Ob noch weitere wirksame Substanz im Mutterkorn präformirt enthalten ist, oder erst bei dessen Verarbeitung entsteht, muss zur Zeit noch offen bleiben. Es muss ab-

gewartet werden, ob aus dem Ergotoxin ein für den Praktiker brauchbares, stets gleichmässig und sicher wirkendes Präparat hergestellt werden wird.
Kamann (Magdeburg).

81. **Antithyreoidin Möbius bei Osteomalacie;** von Dr. Rudolf Hoffmann. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 18. 1908.)

H. hat einen Kranken mit Osteomalacie durch Darreichung von 120 ccm Möbius-Serum, das bekanntlich stark adrenalinhaltig ist, bedeutend gebessert, vorübergehend sogar geheilt. Das Serum hätte weiter fortgegeben werden müssen, was aber an dem Preise scheiterte. H. empfiehlt nach ein paar kleinen Probedosen grössere Mengen, etwa 10 ccm auf 2 Tage vertheilt, zu geben, dann 1 Tag aussetzen und die Gaben zu wiederholen, bis die Pat. schmerzfrei ist. Von da ab kleinere Gaben, etwa 3mal 10 Tropfen täglich. Gleichzeitige Phosphortherapie dürfte dringend zu empfehlen sein. Billiger sind intramuskuläre Injektionen von synthetischem Suprarenin. R. Klien (Leipzig).

82. **Beitrag zur Behandlung mit Oophorin;** von Dr. A. Hirschberg. (Münchn. med. Wchnschr. XV. 25. 1908.)

H. bestätigt die guten Resultate, die mit den Oophorintabletten von Freund und Redlich auch Andere gemacht haben. Voraussetzung ist allerdings eine richtige Indikationstellung. Nur diejenigen Symptome lassen sich durch Oophorin beeinflussen, die auf den Ausfall der Ovarialfunktion zurückzuführen sind. Es werden also z. B. nervöse Erscheinungen im Klimakterium, die bereits *vor* dem Eintritte der Menopause bestanden haben und deren Ursachen in einer Hysterie oder Neurasthenie zu suchen sind, nicht beeinflusst. Leider ist die Wirkung in der Regel von beschränkter Dauer, so dass öftere Wiederholungen der Kur nötig sind, die aber bei der erwiesenen Unschädlichkeit des Präparates kein Bedenken haben. R. Klien (Leipzig).

83. **Mochalles Schwefelpräparate;** von Dr. Gerhard Hahn. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 32. 1908.)

Die Präparate sind gut gearbeitet und verhältnissmässig billig. Die *Schwefellauge* eignet sich sehr zur Bereitung von Schwefelbädern. Das Liter kostet 1 Mark, $^1/_4$ Liter genügt für ein Bad. Die *Schwefelseife* hat sich bei Akne bewährt. Man reibt den mit Wasser geschlagenen Seifenschaum so lange auf die Haut, bis sich ein brauner Ueberzug gebildet hat. Dieser kann verschieden lange, bis die ganze Nacht, auf der Haut gelassen und dann mit warmem Wasser abgewaschen werden.
Dippe.

84. **Ueber das Verhalten des Sajodins im Organismus;** von Georg Basch. (Ztschr. f. physiol. Chemie LV. 5. p. 370. 1908.)

Versuche an Pferden, bei denen Jodpräparate häufig angewandt werden. „Ein kleiner Theil des Sajodins wird unverändert als Calciumsalz der Monojodbehensäure mit dem Koth wieder ausgeschieden, der Haupttheil wird resorbirt, im Körper, und zwar besonders im Knochenmark, im Fettgewebe und in der Schilddrüse aufgespeichert, dem Blute allmählich wieder zugeführt und nach erfolgter Spaltung im Harn als Jodalkali ausgeschieden. Ob auch im Darme bereits eine Spaltung in geringem Umfange stattfindet, muss unentschieden bleiben."
Dippe.

85. **Der Nachweis von Jod im Urin mittels eisenchloridhaltiger Salzsäure;** *nebst Bemerkungen über die Ausscheidung von jodhaltigen Arzneimitteln durch den Harn;* von Dr. K. v. Hofmann. (Folia urologica II. 4. 1908.)

Das von Obermayer zum Nachweis des Indicans im Harne angegebene Verfahren (Versetzen des Harnes mit eisenchloridhaltiger Salzsäure und Ausschütteln mit Chloroform) eignet sich auch zum Nachweis des Jods im Harne, wenn das Jod in Ionenform (als Jodnatrium) im Harne vorhanden ist, nicht aber dann, wenn das Jod in anderer Form, etwa in organischer Bindung (substituirend für Wasserstoff), enthalten ist. Das Verfahren ist genügend empfindlich; es gestattet, noch 0.00076% Jod nachzuweisen. Die Gegenwart von Eiweiss, Zucker und Bestandtheilen der Galle beeinträchtigt zwar die Reaktion ein wenig, aber nicht soweit, dass die Empfindlichkeit erheblich herabgedrückt wird. Die Stoffe, die nach der Einverleibung von Gonosan, Buccavacedrol, Urotropin in den Harn übergehen, verhalten sich ebenso, während der Genuss anderer Medikamente, wie Salicylsäure, Arrhovin, die Reaktion überhaupt nicht beeinflusst. Durch das genannte Verfahren lässt sich feststellen, dass manche organischen jodhaltigen Medikamente im menschlichen Körper derart zersetzt werden, dass ein Theil ihres Jods als Jodnatrium im Harne erscheint, während das Jod anderer Medikamente in organischer Bindung bleibt.
P. Wagner (Leipzig).

86. **Contribution à l'action de l'iode sur les processus pathologiques expérimentaux provoqués par l'adrénaline dans les vaisseaux sanguins;** par L. N. Lavrova. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersbourg XIII. 3. p. 211. 1908.)

L. bestätigt die Versuche von Kórányi und Boveri über den günstigen Einfluss der Jodbehandlung auf die experimentellen Gefässveränderungen durch Adrenalin. Der Kalkgehalt der Gewebe und Organe war ein bedeutend niedrigerer, als bei den Controlthieren. Zu beachten ist jedoch bei der Vergleichung, dass junge Thiere normaler Weise höheren Kalkgehalt zeigen als ältere.
Walz (Stuttgart).

Digitized by Google

87. **Adrenalinerkrankung der Kaninchenleber;** von Prof. J. Grober. (Centr.-Bl. f. innere Med. XXfX. 32. f908.)

Das Adrenalin erzeugt bei Kaninchen in einzelnen Fällen eine eigenthümliche Erkrankung der Leber: bei normaler Centralvene eine erhebliche Stauung in den portalen Gefässen nnd den Läppchencapillareu mit subkapsulären Blutungen. Dippe.

88. **Die Scopolamin-Morphin-Narkose;** von Dr. G. Hotz. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 471. 1908.)

Die reine Scopolamin-Morphin-Narkose ist wegen der gefährlichen toxischen Wirkungen zu vermeiden. Durch Combination der Alkaloide mit der Chloroform-Aether-Inhalation erzielen wir eine Narkose, die sich vor dem einfachen Verfahren auszeichnet durch grössere Toleranzbreite, Ausfall der Excitation, der initialen Synkope nnd durch eine erhebliche Herabsetzung im Verbrauche des Narkoticum. Neben dieser Einschränkung der direkten Gefahren vermeidet die Methode postoperative Complikationen, Erbrechen, Pneumonien und bedeutet für den Kranken eine angenehm empfundene Erleichterung. Die Morphingabe ist möglichst zu beschränken; nach vorausgehender Darreichung von Veronal genügt eine 1malige Injektion von höchstens 0.0006 Scopolamin + 0.01 Morphin. Bei diesen Dosen scheinen verderbliche Wirkungen nicht einzutreten. Der Scopolamin-Morphin-Dämmerschlaf erleichtert die Ausführung chirurgischer Operationen unter fokalanästhesie, speciell der Strumektomien unter Ausschluss der Basedow-Kranken. Unzureichend und gefährlich ist die Anwendung des Scopolamin-Morphins beim Delirium tremens; bei der Behandlung des Tetanus traumaticus erweist es sich als ein zweckmässiges Mittel, das die Reflexerregbarkeit herabsetzt und die Heftigkeit der Krämpfe und der Schmerzen mildert.

P. Wagner (Leipzig).

89. **Veränderungen des Nervensystems nach Stovainanästhesie;** von Dr. W. Spielmeyer. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 3f. 1908.)

Sp. hatte Gelegenheit, das Centralnervensystem von 13 Kranken ziemlich bald nach Stovaineinspritzungen in den Rückenmarksack zu untersuchen. Er fand nach Anwendung grösserer Dosen (0.1—0.12) auffallende Veränderungen in den grossen polygonalen Zellen im Vorderhorne des Rückenmarkes, und zwar nur in diesen. Veränderungen (die Zellen sind aufgebläht, blass, der Kern ist verlagert), die nicht der gewöhnlichen Chromolyse entsprechen, sondern dem, was wir nach Zerstörung der Achsencylinder in den zugehörigen Nervenkernen finden und was als sekundäre Zellenerkrankung bezeichnet wird. Sp. ist geneigt, die nicht selten nach Stovainanwendung beobachteten Augenmuskellähmungen auf diese Entartung der motorischen Ganglienzellen zurückzuführen. Beachtenswerth ist, dass er in denjenigen Fällen, in denen nur 0.05—0.07 Stovain gegeben worden war, nichts derartiges fand.

Sp. hat dann auch Versuche an Hunden und Affen angestellt und auch bei diesen dieselben Zellenveränderungen in den Vordorhörnern nachgewiesen, daneben aber noch Faserentartungen und diese vorzugsweise in den Hintersträngen und hinteren Rückenmarkwurzeln. Wieweit hierbei das Stovain, wieweit mechanisch die Flüssigkeit wirkt, lässt sich noch nicht bestimmt sagen. Werthvoll ist gerade dieser Befund als eine neue Bestätigung der besonderen Empfindlichkeit der hinteren Wurzeln. Er reiht sich dem an, was wir von der „Trypanosomentabes" und von der Degeneration der hinteren Wurzeln bei Gehirngeschwülsten wissen.

Dippe.

90. **Ueber Veronalnatrium;** von Prof. H. Winternitz in Halle a. d. S. (Med. Klinik IV. 31. 1908.)

Das Veronalnatrium ist seiner leichten Löslichkeit wegen empfohlen worden. Diesen Vorzug besitzt es in der That und eignet sich deshalb zur Herstellung haltbarer Lösungen, zur Mischung mit anderen löslichen Mitteln, zur Anwendung per rectum u. s. w. Sonst steht es aber dem Veronale vollkommen gleich und hat den Nachtheil des wesentlich schlechteren Geschmackes. Dippe.

91. **Bromural.**

Ueber Bromural; von Dr. O. Mampell in Mannheim. (Med. Klinik IV. 25. 1908.)

Ueber Behandlung der Schlaflosigkeit; von Dr. Bodenstein. (Heilmittel-Revue VI. 5 u. 6. 1908.)

Einige Winke zur Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit; von Dr. Klinkenberg in Aachen. (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 56. 1908.)

Empfehlungen des Bromural als eines ungefährlichen und in vielen Fällen besonders angenehmen Schlafmittels.

Mampell hat es besondors auch bei Kindern angewandt, gegen Keuchhusten mit Chin. tannic. zusammen, gegen Spasmus glottidis mit Phosphorleberthran zusammen u. s. w.

Bodenstein rühmt die milde, beruhigende, den natürlichen Schlaf unterstützende Wirkung. Auch er hat das Mittel vielfach mit Erfolg bei Kindern angewandt.

Klinkenberg betont die Ungefährlichkeit dem Veronal gegenüber, die das Bromural gerade auch zum besten Beruhigungsmittel für Kinder, junge und geschwächte Leute macht. Dippe.

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

92. **Grave chorea and its relation to septicemia;** von B. Sachs. (New York med. Record LXXXIII. 13. p. 505. March 1908.)

Auf Grund einiger Fälle berichtet S. über eine schwere Form der Chorea, die sich akut im Anschluss an septische oder andere schwere Infektionen entwickelt. Die Prognose ist sehr ernst. Fast in allen Fällen trat der Tod ein. Blutculturen ergaben Staphylokokken, bez. Streptokokken, aber auch unbekannte Mikroorganismen. Im Anschlusse hieran giebt S. eine Eintheilung der Chorea minor. Die erste Gruppe lässt keine Beziehungen zu Infektionen erkennen, sie scheint auf Erschöpfung der nervösen Elemente zu beruhen. Zweitens unterscheidet er die mit Rheumatismus u. s. w. verknüpfte infektiöse Form, drittens die Chorea gravidarum, die er auf Toxämie zurückführt. Viertens ist die auf Arteriosklerose, Nephritis und dem Aehnlichen beruhende, senile Chorea zu nennen und als letzte die von S. geschilderte septikämische Form. Voss (Greifswald).

93. **Des écchimoses zoniformes spontanées;** par G. Etienne. (Nouv. Iconogr. de la Salp. XX. 5. p. 385. 1907.)

Bei einer Frau, die an einer heftigen Neuralgie des R. ophthalmicus N. V. litt, traten am 3. Tage Ekchymosen im Innervationsgebiete dieses Nerven auf. Nach E. sind sie als eine vasodilatatorische Aeusserung des neuritischen Processes aufzufassen, ähnlich wie der Herpes zoster. Als Uebergang zwischen diesem und den Ekchymosen kann man den Zoster hnemorrhagicus ansehen.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

94. **Ueber metamere Sensibilitätsstörungen bei Gehirnerkrankungen;** von D. Heinrich Benedikt in Budapest. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 3. 1907.)

Auf Grund einer eigenen Beobachtung vertritt B. den Standpunkt, dass die Hemianalgesie bei Läsionen der centralen sensiblen Elemente eine streng segmentäre Anordnung aufweisen könne.

Bumke (Freiburg i. Br.).

95. **Zur Symptomatologie der Aphasie, mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Sprachverständniss, Nachsprechen und Wortfindung;** von Karl Heilbronner in Utrecht. (Arch. f. Psych. XLIII. 1. 1907; 2. 1908.)

Die Ergebnisse, zu denen H. gelangt, sind diese: „1) Bezüglich der Intensität, in der bei nichtmotorischen Aphasien Verständniss, Nachsprechen und Wortfindung gestört sind, besteht kein gesetzmässiges Verhältniss. 2) Die Restitution sensorischer Sprachstörungen erfolgt nicht gesetzmässig so, dass sich das Nachsprechen vor dem Sprachverständniss wieder einstellt, auch nicht regelmässig so, dass das Wortsinnverständniss sich rascher bessert als die Wortfindung. 3) Bei erhaltenem Wortsinnverständniss kann trotz fehlender motorischer Störung das Nachsprechen gestört sein. 4) Die Leitungsaphasie im Sinne Wernicke's ist als klinisch nachgewiesener Komplex anzuerkennen. 5) Nicht nur in Fällen, wo mit Verständniss nachgesprochen wird, sondern auch in solchen, wo ohne Rücksicht auf das Verständniss „auf Anhieb" nachgesprochen wird, erfolgt das Nachsprechen unverstandener Fremdworte, resp. sinnloser Buchstabencombinationen sehr häufig schlechter, als beim Gesunden und auch wohl schlechter, als das Nachsprechen geläufiger Worte beim gleichen Kranken. 6) Auch wo das Sprachverständniss erheblich gestört ist, und das Nachsprechen nicht nachweislich mit Verständniss geschieht, können beim Nachsprechen vorzugsweise die Kategorien von Worten Schwierigkeiten machen, die erfahrungsgemäss auch bei der Wortfindung dazu am meisten Anlass zu geben pflegen. 7) Beim Nachsprechen können, sofern das Sprachverständniss erhalten ist, aber auch in Fällen, die erhaltenes Sprachverständniss nicht nachweisen lassen, verbale Paraphasien auftreten, die den Fehlern bei Benennungsversuchen sensorisch, resp. amnestisch Aphasischer analog sind. 8) Ausnahmeweise können auch bei intaktem Hörvermögen beim Nachsprechen analoge Fehler auftreten, wie sonst bei Schwerhörigen. 9) Die Störung des Nachsprechens kann sich am intensivsten bei kleinen Sätzchen bemerklich machen. 10) Wortsinnverständniss und Satzsinnverständniss können in verschieden schwerem Grade und in wechselndem Verhältniss gestört sein. 11) Auch wo über die Störung des Wortsinnverständnisses hinaus eine Störung des Wortklangverständnisses anzunehmen ist, kann noch ein gewisses Maass von Verständniss für das Fremdartige ungewohnter Combinationen bestehen. 12) Zahlen können nicht nur beim Lesen und Schreiben, sondern auch bezüglich des Verstehens, Nachsprechens und der Wortfindung gegenüber Gegenstandsbezeichnungen, resp. Buchstaben begünstigt sein." Bumke (Freiburg i. Br.).

96. **Ueber congenitale Wortblindheit;** von Prof. A. Peters in Rostock. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 21. 1908.)

P. berichtet von einem 12jähr. Knaben, bei dem eine mangelhafte Entwickelung des Gedächtnisses für geschriebene und gedruckte Worthilder ohne sonstige Intelligenzstörungen nachweisbar war. Bei einem anderen 11jähr. Pat. vereinigte sich die Störung mit Imbecillität. Bei dem Vater dieses Patienten liess sich eine Erschwerung des Notenlesens feststellen. P. nimmt mit Morgan als Grundlage der Störung eine angeborene, vielleicht vererbbare Aplasie der Hirnrinde in der Gegend des Gyrus angularis an und glaubt nach der vorliegenden übrigens fast ausschliesslich englischen Literatur über den Gegenstand, dass das Leiden nicht selten ist. Die Kranken gehören nicht in die gewöhnlichen Schulen, aber auch nicht in die Schwachsinnigenschulen, sondern bedürfen individueller Erziehung. Moritz (Leipzig).

97. **Sur un cas de paralysie pseudo-bulbaire;** par F. Raymond et L. Alquier. (Nouv. Iconogr. de la Salp. XX. 5. p. 371. 1907.)

Der Fall R.'s und A.'s zeichnet sich vor vielen Fällen von Pseudo-Bulbärparalyse dadurch aus, dass der Pat. ausser den gewöhnlichen Erscheinungen dieser Krankheit Intentionzittern, Nystagmus und skandierende Sprache hatte. Die Diagnose hätte zweifelhaft sein können, wenn nicht das Alter so vorgerückt gewesen wäre. Als Ursache für diese selteneren Symptome sprechen R. u. A. grosse laeunäre Herde in der Brückenhaube an, die sich neben kleineren, über das ganze Gehirn zerstreuten, vorfanden.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

98. **Beitrag zur Lehre vom Status hemiepilepticus;** von Prof. M. Bernhardt in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 45. 1906.)

Auf Grund einer Beobachtung weist B. auf die nach wie vor bestehende Schwierigkeit hin, dass wir die Fälle von Status hemiepilepticus ohne greifbaren anatomischen Befund (oder von genuiner Jackson'scher Epilepsie im Sinne Bonhoeffer's) von den echten Jacksen'schen Fällen nicht zu unterscheiden vermögen. Man muss es also vorläufig hinnehmen, wenn in solchen Fällen eine Trepanation ergebnisslos verläuft.

Bumke (Freiburg i. Br.).

99. **Klinischer und anatomischer Beitrag zum Capitel der Prognose der „anämischen Spinalerkrankungen".** *2 Fälle von anämischer Spinalerkrankung mit Dissociation der Anämie und des Spinalleidens;* von M. Nonne in Hamburg. (Mittheil. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VII. 7. p. 145. 1907.)

Die Prognose der anämischen Spinalerkrankung, von der N. bereits 26 Fälle beobachtet hat, galt bisher für durchaus infaust, nur langdauernde Remissionen waren gelegentlich verzeichnet worden.

N. teilt nun die Krankengeschichte eines Mannes mit, bei dem sich im Anschluss an erhebliche chronische Anstrengungen unter quälenden Parasthesien eine schwere Ataxie mit paretischen Zuständen der Beine eingestellt hatte, in deren weiteren Verlauf die Sehnenreflexe sich abschwächten und schliesslich verschwanden. Dabei bestand mässig starke „einfache" Anämie. Im Laufe von 2—3 Monaten bildeten sich die klinischen spinalen Erscheinungen vollkommen zurück und auch die Anämie besserte sich erheblich. Jetzt besteht nur ein leichter Grad einer einfachen Anämie. Ein zweiter Fall ist zunächst dadurch ausgezeichnet, dass in ihm eine schwere ulceröse Gingivitis eine schwere perniciöse Anämie zur Folge hatte, die cessante causa ausheilte. Während ihres Bestehens kam es zu Parästhesien in den Gliedern, zum Ausfall der Sehnenreflexe und zu paretischen Erscheinungen der Beine. Mit der Anämie bildete sich auch die anaemische Spinalerkrankung zurück und der Kr. hat 2 Jahre bei der Post ohne Beschwerden arbeiten können. Dann aber bildete sich das klinische Bild der subakuten combinierten Systemerkrankung aus, während sich — wie die *Sektion* bestätigte — eine nennenswerthe pathologische Anämie nicht wieder entwickelte. Anatomisch erwies sich ausserdem die Systemerkrankung als „Dégénération combinée pseudosystématique" (Creuzen, René Sand), d. h. als durch das weitere Fortschreiten des spinalen Processes, durch die Confluenz von Rückenmarksherden vorgetäuscht.

Bumke (Freiburg i. Br.).

100. **Zur Kenntniss der Syringomyelie;** von R. Milehner. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 14. 1908.)

Ein 32jähr. Mann war zwischen dem 14. und 18. Jahre an rechtseitiger Facialisparese erkrankt. Einige Jahre später waren Schwäche und Atrophie im rechten Bein hinzugekommen und seit etwa 6 Monaten bestand Parese des rechten Armes und der Schulter. Die Untersuchung ergab Atrophie und Lähmung im rechten Peronäusgebiet, Atrophie in der rechten Schulterblattmuskulatur, dissociierte Sensibilitätsstörungen am rechten Bein, rechts Fehlen des Patellar- und Achillesreflexes, theilweises Fehlen der faradischen Erregbarkeit am rechten Unterschenkel. Als Grundlage dieser Störungen werden syringomyelitische Herde in verschiedenen Höhen angenommen.

Voss (Greifswald).

101. **Beitrag zur sacralen Form der multiplen Sklerose und zur Dissociation der Potenzstörung dabei;** von H. Curschmann in Mainz. (Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 3. 1908.)

Zur sacralen Form der multiplen Sklerose; von Kurt Mendel. (Ebenda.)

Mendel kommt zu folgendem Résumée: Finden sich in einem auf Lues unverdächtigen Falle, in dem Blasen-Mastdarmstörungen, Fehlen des Analreflexes, Fehlen wesentlicher Motilität- und Sensibilitätstörungen an den Beinen, event. Sensibilitätdefekte „in Reithosenform" auf eine Conusläsion hindeuten, neben diesen Symptomen ein positives Babinski'sches Zeichen (dies besonders wichtig und für sich allein schon verdächtig!), auffallend lebhafte Kniereflexe, schwache oder fehlende Bauchreflexe (eventuell noch lebhafte Achillesreflexe, Nystagmus oder eine temporale Papillenblässe), so denke man stets an eine beginnende multiple Sklerose und richte hiernach Therapie und Prognose!

Bumke (Freiburg i. Br.).

102. **Zur Casuistik der polyneuritischen Psychose;** von Prof. Michael Lapinsky in Kiew. (Arch f. Psychiatrie XLIII. 3. p. 1137. 1908.)

Die Beziehung der Psychose, die bei einer multiplen Neuritis vorkommt, zu dieser kann nicht wie die Beziehung der Ursache zur Folge aufgefasst werden, es sind neben einander bestehende Erkrankungen. Die Erkrankung der peripherischen Nerven und die Veränderung der Geistesthätigkeit entwickelt sich bei ein und demselben Patienten infolge einer gemeinsamen Ursache. Die Entwickelung, der Verlauf und der Ausgang dieser beiden Erkrankungen verlaufen einander parallel. Die Ursache für die psychischen Störungen muss in den im Blut kreisenden Toxinen gesucht werden. Es sind Fälle von polyneuritischer Psychose vorhanden, in denen das Vorhandensein von Astereoskopie und Störung der Stereognose auf eine organische Erkrankung der Grosshirnrinde und speciell der Scheitellappen schliessen lässt.

Bumke (Freiburg i. Br.).

103. **Beiträge zur Kenntniss der pellagrösen Geistesstörungen;** von D. Adalbert Gregor in Leipzig. (Jahrbb. f. Psych. u. Neurol. XXVIII. 2 u. 3. p. 215. 1907.)

Eine ausführliche klinische Arbeit, deren wesentliche Ergebnisse diese sind: „Bei der Pellagra treten Geistesstörungen auf, die verschiedenen Psychosenformen angehören; darunter nehmen gewisse Fälle eine besondere Stellung ein, da sie nach Entwickelung, Symptomatologie und Verlauf als pellagrös im engeren Sinne, also als durch eine pellagröse Intoxikation des centralen Nervensystems verursacht, aufzufassen sind. Auch bei den übrigen differenten Krankheitsbildern wurden wir vielfach durch den Verlauf auf einen causalen Zusammenhang mit der Pellagra hingewiesen. Ferner machten sich bei diesen im Zustandsbilde besondere Züge geltend, die auf die bestehende Pellagraintoxikation zu beziehen waren. Die Annahme einer pellagrösen Demenz ist berechtigt; im Terminalstadium der Pellagra gelingt ihre Abgrenzung von der differentialdiagnostisch allein in Betracht kommenden Dementia paralytica. Die nähere Charakterisirung leichterer Fälle steht noch aus. Gedächtnissschwäche kann nicht, wie Warnock vermuthet, als ihr Merkmal erkannt werden; wo eine solche überhaupt in stärkerem Grade auftrat, stellte sie sich uns als Ausdruck der psychischen Hemmung dar (Störungen apperceptiver und associativer Funktionen).

Das Studium einer grösseren Zahl von Geistesstörungen brachte Klärung mancher in der Literatur vorliegender Widersprüche. Die Mannigfaltigkeit der beobachteten Zustandsbildor erklärt die Ansicht, dass bei der Pellagra alle Geistesstörungen auftreten können. Andererseits finden wir die Anschauung, dass die Pellagra vorwiegend melancholische Geistesstörungen hervorrufen könne, begreiflich, da auch wir bei differenten Psychosen depressive Züge und Stuporsymptome feststellen konnten. Wir sind mit Finzi der Ueberzeugung, dass die Pellagra in der Regel keine echten Melancholien hervorrufe, müssen aber der Ableitung der Depression Pellagröser von ihrer Erschöpfung widersprechen, da wir gleiche Krankheitsbilder auch bei gutem Ernährungszustande und unter günstigen Lebensbedingungen sich entwickeln sahen, und Warnock bei der gleichen Bevölkerung, welche auf eine pellagröse Intoxikation mit Depressionszuständen reagierte, bei tieferer Erschöpfung anderer Aetiologie manische Zustände beobachtete. Der Widerspruch zwischen den Ansichten von Finzi und Vedrani erklärt sich dadurch, dass beide nicht die gleichen Bilder im Auge hatten; ferner, dass Hallucinationen und Orientirungsstörungen bei der pellagrösen Geistesstörung zumeist episodisch auftreten.

Unter den spinalen Symptomen sei auf die starke Herabsetzung der faradocutanen Sensibilität hingewiesen. Bemerkenswerth erscheint das Vorkommen von klonischen Muskelkrämpfen im sogen. zweiten Stadium der Pellagra.

In der grauen Substanz des Rückenmarkes wurden in allen untersuchten Fällen in allen Höhen pathologische Veränderungen vorgefunden, und zwar erschien das Lumbalmark stets schwerer betroffen, als das Dorsal- und Cervikalmark, die Zellen des Hinterhornes, zumal der Clarke'schen Säulen tiefer degeneriert, als die Zellen des Vorder- und Seitenhornes. Chronische Fälle wiesen intensivere Ganglienzellenveränderungen auf als akute, doch waren in letzteren sämmtliche Ganglienzellen befallen, während erstere zum Theil auch ganz normale Ganglienzellen zeigten. Die Untersuchung der weissen Substanz des Rückenmarkes ergab Degenerationen vorwiegend in den hinteren Partien der Seitenstränge und in den Hintersträngen, welche bereits im Conus nachweisbar, im Brustmarke ihre grösste Stärke erreichten, im Halsmarke abnahmen. Bei intensiverer Erkrankung der Hinterstränge war auch die vordere und hintere Wurzelzone sowie Marie's Zone corno-radiculaire nicht verschont. Ferner waren auch in den vorderen und hinteren Wurzeln, sowie in peripheren Nerven Degenerationen zu finden. Zwischen klinisch differenten Fällen waren deutliche Unterschiede ausgesprochen, indem die Sklerose bei einem exquisit chronischen Falle weit massiger als in zwei akuten Fällen erschien. Doch wurden auch in einem chron. Falle mit ausgesprochen spinalen Symptomen nur leichte Veränderungen der weissen Substanz gefunden.

Die Untersuchung von verschiedenen Gehirnwindungen in 7 dem Verlaufe nach differenten Fällen mit der Nissl'schen Methode ergab in allen Präparaten deutliche pathologische Veränderungen. Ein Unterschied in der Lokalisation des Processes war bloss insofern ausgesprochen, als in einem Falle mit tiefer Demenz das Stirnhirn besonders stark geschädigt war. Fälle von chronischem Verlauf mit Ausgang in Demenz unterschieden sich auch anatomisch von Fällen mit akutem Verlaufe."

Bumke (Freiburg i. Br.).

104. **Ueber die nervösen Störungen bei Schwefelkohlenstoffvergiftung;** von Dr. O. Rigler. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIff. 5 u. 6. p. 477. 1907.)

R. teilt 12 Krankengeschichten mit, aus denen er schliesst, dass das Krankheitsbild der Schwefelkohlenstoffvergiftung in neuerer Zeit, wohl infolge der besseren Schutzmassregeln, ein leichteres geworden ist. Die Erscheinungen zeigten meist grosse Aehnlichkeit mit einfacher Hysterie. Dass es sich um wirkliche Intoxikationen handelte, geht daraus hervor, dass die Betroffenen früher gesund waren, und dass sich oft Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, gewöhnlich in quantitativer Herabsetzung bestehend und zuweilen Veränderungen am Augenhintergrunde (Abblassung der temporalen Papillenhälfte) nachweisen liessen. Moritz (Leipzig).

105. **Ein Fall von Selbstverletzung (Ausreissen eines Auges) im katatonischen Raptus**; von H. Wachsmuth. (Allg. Ztschr. f. Psych. XLV. p. 856. 1908.)

Die in der Ueberschrift genannte Selbstverletzung verübte eine 40jähr. Kranke. Die That geschah ganz plötzlich und sehr schnell. Motivirende Vorstellungen waren nicht festzustellen. Es ist schon von Axenfeld gelegentlich eines ähnlichen Falles festgestellt worden, dass das Ausreissen eines Auges so schnell geschehen kann, dass das Wärterpersonal nicht zur Verantwortung gezogen werden kann. Es giebt immer noch einige wenige Fälle, in denen sich alle unsere therapeutischen Maassnahmen erschöpfen und das *No restraint* versagt, so dass ex indicatione vitali die mechanische Beschränkung angeordnet werden muss.

Lewandowsky (Berlin).

VI. Innere Medicin.

106. **Ueber Lungenentzündung.** (Vgl. Jahrbb. CCXCII. p. 1.)

1) *A few more words concerning mice and pneumonia*; by Palier, New York. (New York med. Record Jan. 27. 1906.)

2) *Natürliche Pneumokokkeninfektion bei Versuchsthieren und experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Pneumonie*; von Hugo Selter. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIV. 3. 1907.)

3) *Latente Pneumokokken im Kaninchen und dadurch bedingte pathologische Processe*; von Luigi Panichi. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XVIII. 2. 1907.)

4) *Experimenteller Beitrag zur Frage der Entstehung der Pneumonie nach Narkosen*; von Alexander von Lichtenberg. (Münchn. med. Wchnschr. LIII. 47. 1906.)

5) *Pneumonies par contagion*; par Azéma. (Gaz. des Hôp. Juin 6. 1907.)

6) *The outbreak of pneumonia in a reformatory scool*; by Thomas Olivier. (Lancet July 21. 1906.)

7) *An original iurestigation of an epidemic of grippe followed by a large number of cases of pneumonia*; by Alb. Woldert. (New York med. Record Jan. 5. 1907.)

8) *Streptococcus pneumonia*; by G. W. Mc Caskoy. (New York med. Record Febr. 16. 1907.)

9) *Clinical lecture on acute pneumonia in children*; by H. Montague Murray. (Brit. med. Journ. June 8. 1907.)

10) *Beiträge zur Kenntniss der Lungenentzündungen mit intermittirendem Fieberverlauf*; von F. von Szontagh. (Jahrb. f. Kinderhkde. XIV. 1. p. 35. 1906.)

11) *Un cas de pneumonie traumatique*; par P. Paquet. (Echo méd. du Nord Sept. 23. 1906.)

12) *Drei Fälle von chronischer Pneumonie*; von Jürgens. (Charité-Ann. XXX. p. 71. 1906.)

13) *The mortality from lobar pneumony in high altitudes*; by J. W. Brewer. (New York med. Record Oct. 27. 1906.)

14) *Contribution à l'étude de la mort subite dans l'armée. Mort subite survenue au cours d'une pneumonie lobaire à type ambulatoire*; par E. Bosc. (Arch. de Méd. et de Pharm. mil. Nr. 11. Nov. 1906.)

15) *Kliniseke Untersuchungen über Pneumonie*; von Jurgens. (Ztschr. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. 1908.)

16) *Ueber paravertebrale und parasternale Perkussionsbefunde bei Pneumonie*; von Rudolf Pollak. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 40. 1906.)

17) *Ueber das Westphal'sche Phänomen bei croupöser Pneumonie der Kinder*; von Nikos A. Kephalinos. (Munchn. med. Wchnschr. LIII. 30. 1906.)

18) *A case of acute pneumococcus infection*; by J. Brown. (Transvaal med. Journ. Aug. 1906.)

19) *La fièvre métapneumonique*; par Fr. Moutier. (Revue de Méd. Sept. 10. 1906.)

20) *Pneumococcic peritonitis in children. A study*; by W. Fraser Annand and W. H. Bowen. (Lancet June 1906.)

21) *Pneumokokkenerysipelas im Verlaufe einer Pneumonia crouposa*; von W. v. Leube. (Sonderausgabe des II. Theils der Festschrift für J. Rosenthal. 1906.)

22) *Treatment of pneumonin*; by W. F. Waugh (New York med. Record June 23. 1906.)

23) *Some points of discussion relating to the prevention and treatment of pneumonia*; by Beverley Robinson. (New York med. Record April 7. 1906.)

24) *The abortive treatment of pneumonia*; by G. Lenox Curtis. (New York med. Record March 16. 1907.)

25) *Zur Serumtherapie der fibrinösen Pneumonie*; von H. Pässler. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXXXII. 3 u. 4. 1907.)

26) *Zur Serumbehandlung der croupösen Lungenentzündung*; von Siegfried Tauber. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 11. 1906.)

27) *Ueber die therapeutische Wirkung des Römer'schen Serums bei der croupösen Pneumonie*; von Erwin Mięsowicz. (Wien. klin.-therap. Wchnschr. Nr. 38. 1906.)

28) *Un nuovo metodo di cura della polmonite crupale*; pel Stefano Pulvirenti. (Rif. med. Aprile 21. 1906.)

29) *Behandlung der Pneumonie*; von Gonzales del Valle. (El Siglo med. Oct. 8. 1906.)

30) *Zehn mit Kreosotat behandelte Pneumoniefälle*; von Marcos. (El Siglo med. 30. Juni 1906.)

31) *The use of arsenic in pneumonia*; by T. E. J. Dunn. (New York a. Philad. med. Journ. Dec. 1. 1906.)

32) *Of the use of calcium salts as cardiac tonus in pneumonia and heart disease*; by Lauder Brunton. (Brit. med. Journ. March 16. 1907.)

33) *Calcium salts in treatment of certain cases of pneumonia*; by J. Douglas Cree. (Brit. med. Journ. May 18. 1907.)

34) *Il solfuro di carbonio nella cura della polmonite fibrinosa*; pel Luigi Masciangoli. (Rif. med. Sept. 15. 1906.)

35) *Zur Behandlung der croupösen Pneumonie*; von Paul Schichold. (Bl. f. klin. Hydrother. XVI. 11. 1907.)

36) *Cold fresh air treatment of pneumonin*; by P. Northrup. (Boston med. a. surg. Journ. Febr. 22. 1906.)

37) *Contribution à l'étude du mode d'action des abcès de fixation*; par le Dr. Conor. (Revue de Méd. Sept. 10. 1906.)

Bei einem zusammenhängenden Berichte über die Pneumonie steht die *Aetiologie* am Anfang. Paliers (1) *experimentelle* Versuche haben ergeben, dass der Mikrobe, der Pneumonie hervorbringt, sehr vielgestaltig ist, dass sich ähnliche Mikroben im Munde fast aller gesunden Personen finden, und dass sowohl diese, wie die Mikroben aus dem Munde von Individuen, die an Lungenentzündung erkrankt sind, nicht virulent genug sind, um Lungenentzündung hervorzurufen, wenn

Thiere, die nicht empfänglich dafür sind, wie z. B. Ratten, damit geimpft werden. Die Erreger erhalten aber eine sehr starke Virulenz, wenn sie durch ein sehr empfängliches Thier, wie die Hausmaus, übertragen werden. P. schlägt vor, sie „Diplo-lanceo-bacillikokken", abgekürzt d. l. b. c., zu nennen, anstatt Pneumokokken.

Die Annahme, dass die d. l. b. c. im Munde gesunder Individuen lange unschädlich bleiben können, bis sie plötzlich unter gewissen Umständen, hauptsächlich durch den Einfluss des Wetters, virulent werden, bedarf noch der Beweise und erscheint hinfällig. Die Thatsache, dass Lungenentzündungen im Winter und besonders im März am häufigsten sind, spricht dagegen, denn die d. l. b. c. gedeihen besonders bei hohen Temperaturen, danach müsste Lungenentzündung in der heissen Jahreszeit am meisten auftreten. Auch ist die körperliche Depression, die dabei mit sprechen soll, durchschnittlich im Sommer nicht weniger stark als im Winter. Der Annahme, dass Pneumonie einer gemischten Infektion entstammt und durch die Vermischung des Speichels zweier Personen die Virulenz stark erhöht wird, widerspricht der Umstand, dass sowohl im Mai und Juni, den Monaten, in denen die meisten Verlobungen und Hochzeiten stattfinden, als auch in zärtlichen Familien, in denen das Küssen üblicher ist, als z. B. in Asylen, Krankenhäusern u. s. w. kein stärkeres Auftreten der Erkrankung zu beobachten ist.

Es erscheint wie Mysticismus und nicht wie eine wissenschaftliche Thatsache, dass der gesunde Körper einen gefährlichen Feind beherbergen soll, der jeder Zeit eine der gefährlichsten Krankheiten und dadurch den Tod verursachen kann, es ist vielmehr anzunehmen, dass nach dem Gesetze der natürlichen Auslese auch diese Mikroorganismen eine nützliche physiologische Funktion als Gassenkehrer der Athmungswege zu erfüllen haben. Um virulent zu werden, müssen die d. l. b. c. durch ein empfängliches Thier hindurchgehen, und da die Maus am empfänglichsten ist, liegt die Vermuthung nahe, dass die Hausmäuse die hauptsächlichsten Träger der Infektion sind. Es kann natürlich auch noch andere Ursachen der Erkrankung geben, aber keinenfalls wird der Mikrobe innerhalb desselben Mediums aus sich selbst virulent, lediglich unter dem Einflusse meteorologischer Veränderungen.

Die Uebertragung durch Mäuse, die hauptsächlich in den Monaten December bis März sich zahlreich in den Häusern und besonders in solchen von schlechter baulicher Verfassung aufhalten, findet dadurch statt, dass sich die Mäuse unter den Kanälen und Rohrleitungen durcharbeiten und in die Zimmer kommen, wo sie Nahrung suchen und leicht mit menschlichem Sputum in Berührung kommen. Besonders sind junge Mäuse, die im März am zahlreichsten sind, sehr empfänglich für die d. l. b. c. und verbreiten durch ihre Exkremente und durch ihre in schwer zugänglichen Winkeln und Löchern verwesenden Körper virulente d. l. b. c., die sowohl durch Einathmung, als durch direkte Uebertragung bei Hautverletzungen die Krankheit bei Menschen hervorrufen können; besonders gross ist diese Gefahr in schlecht ventilirten Räumen. Diese Theorie giebt auch eine plausible Erklärung für die Dauer der Pneumonie. Virulente d. l. b. c. behalten ihre Virulenz nicht unbegrenzt, sondern verlieren sie nach der 3. oder 4. Ueberimpfung. So dauert es gewöhnlich bei einem widerstandfähigen Körper 7—9 Tage, bis sie in dem neuen Medium, dem menschlichen Körper, ihre Virulenz verlieren. Ist die Virulenz der Mikroben bei der Infektion schon beinahe erschöpft, so kann der Patient in viel kürzerer Zeit gesunden, andererseits kann die Einathmung einer grossen Anzahl sehr virulenter Keime den tödtlichen Ausgang der Erkrankung herbeiführen.

Einen Beitrag zur Frage der Entstehung der Lungenentzündung liefert Selter (2) durch eine Reihe von Thierversuchen. Er liess eine Anzahl von Kaninchen und Meerschweinchen, die sich in einem abgeschlossenen Blechkasten befanden, versprayte Pneumokokken einathmen. Aus diesem Versuche ging hervor, dass von 4 Thieren, deren Organe bakteriologisch eingehend unter allen Cautelen untersucht wurden, bei einem Thiere nicht nur in den Lungen, sondern auch in Leber, Milz und Nieren Pneumokokken vorhanden waren. Letztere besitzen danach also die Fähigkeit, durch die Lunge den Thieren zugeführt, unter Umständen in die inneren Organe einzudringen, sich dort zu vermehren und lange lebend zu erhalten, ohne sichtbare Krankheitserscheinungen zu erzeugen; denn krankhafte Veränderungen fanden sich nicht, auch nicht im Bereiche der Lungen. Die Inhalation von Pneumokokken genügt demnach nicht, um eine Pneumonie oder eine allgemeine Infektion hervorzubringen. Ferner untersuchte S. verschiedene Thiere auf das etwaige Vorkommen von Pneumokokken im Speichel. Unter 5 Thieren waren 2, deren Speichel sich als pneumokokkenhaltig erwies; die Thiere waren dabei gesund. In wie weit durch Abkühlung und Einbringen scharfer Staubsorten in die Lungen eine Lungenentzündung bei Versuchsthieren erzeugt werden kann, erörtert S. durch den Hinweis auf eine Reihe von Untersuchungen, die Schlipp im Bonner pathol. Institut angestellt hat und die Selter theilweise wiederholte. Es waren einmal Erkältungsversuche und ferner Versuche mit Reizung der Lungen durch Einblasen von Thomasphosphatmehl und Schmirgelpulver. Durch diese Mittel ist es nicht gelungen eine Pneumonie hervorzurufen, obwohl meistens in den Lungen Bakterien, einmal sogar Pneumokokken nachgewiesen werden konnten. Von Veränderungen an den Lungen zeigten sich nur häufig Hämorrhagien und blutige Anschoppungen.

Schliesslich wendet sich S. der Entscheidung der Frage zu, ob die in den Lungen nach Erkältung

oder Staubeinblasung gefundenen Bakterien erst durch diese Eingriffe hineingekommen sind oder ob sie sich schon in den gesunden Lungen feststellen lassen. Er fand, dass in den Lungen gesunder Kaninchen und Meerschweinchen nicht selten Pneumokokkon (unter 15 Thieren 4mal!), daneben andere Bakterien vorhanden sind.

Auf Grundlage schon früher beobachteter Thatsachen macht Panichi (3) die Bemerkung, dass, wenn inaktivirte Keime saprophytisch völlig unbemerkt bleiben können, diese Erscheinung nicht einzutreten braucht, wenn neue Einwirkungen die Virulenz reaktiviren oder die Widerstandfähigkeit eines Gewebes oder eines Körpertheils vermindern. Um die Richtigkeit seiner Schlüsse experimentell zu beweisen, ging er darauf aus, Kaninchen in verschiedener Weise und zu verschiedenen Zeiten nach der Infektion mit Pneumekokken zu verletzen. Die Verletzungen bestanden in Einführung steriler Fäden unter die Haut, Einführung steriler Holzstückchen in die Bauchhöhle und unter die knöcherne Schädeldecke, Durchschneidung des Nervus ischiadicus, Durchschneidung des Halssympathicus, Verletzung der Aortenklappen mittels Sondirung der Carotis und in Nierenexstirpation. Alle diese Verletzungen wurden vorgenommen längere Zeit (26 Tage bis 4 Monate!) nach der Infektion. Viele Eingriffe hatten keine besonderen Folgen, die erheblichsten krankhaften Veränderungen bewirkte die Durchschneidung des Halssympathicus in 2 Fällen, ein Herztrauma in 2 Fällen und die Nierenexstirpation in 2 Fällen; in allen diesen Fällen entwickelten sich eiterige Entzündungsherde, aus denen meistens Pneumokokken gezüchtet werden konnten. Diese Eiterungen waren theils an der Stelle der Verletzung, theils an entfernteren Stellen vorhanden. Stets trat hierbei der Tod ein.

Panichi (3) untersuchte noch das Verhalten der Organe bei Kaninchen, die in Folge einer weit entfernt liegenden Infektion Pneumokokken im Blute hatten, dabei aber einen guten Allgemeinzustand zeigten. Er fand in solchen Fällen besonders an den Nieren degenerative und proliferirende Vorgänge.

Lichtenberg (4) untersuchte die Wirkung des Chloroforms auf die Lungen, um damit gleichzeitig Einsicht darein zu erhalten, in wie fern die Chloroformnarkose als solche für die postoperativen Lungenveränderungen verantwortlich gemacht werden könne. Ausgeführt wurden die Experimente an 22 Kaninchen. Da diese Thiere bei der üblichen Narkose gewöhnlich nach kurzer Dauer der Narkose zu Grunde gehen, bediente sich L. eines besonders erdachten Verfahrens, wodurch es ihm bei einiger Vorsicht gelang, die Kaninchen bis zu $7^1/_2$ Stunden in Narkose zu erhalten. Angewandt wurde nur das Chloroform-Anschütz, und zwar entweder mit Sauerstoff oder mit Luft gemischt und dosirt mittels des Roth-Dräger'schen Apparates. Aus den Versuchen ging hervor, dass bei den Thieren tiefgehende Lungenveränderungen angetroffen wurden, die innerhalb 48 Stunden zu einer typischen lobulären Pneumonie führen konnten. Diese Veränderungen fanden sich, ob man Chloroformdämpfe mit Luft oder ob man sie mit Sauerstoff gemischt inhaliren liess. Als das ursächliche Moment sieht L. die direkt schädigende Wirkung der Chloroformdämpfe auf die Alveolarepithelien an, welche Wirkung selbst bei den günstigsten Mischungsverhältnissen noch eklatant war. Quellung und Abstossung der vorfetteten Epithelien, fernor Blutungen in die Alveolen sind die unmittelbaren Folgen dieser Schädigung. Durch die abgestossenen Epithelien werden die einzelnen Bronchiolen verstopft und so entstehen überall in der Lunge verstreute kleine atelektatische Herde. Ein Theil der Atelektasen ist zweifellos auf Aspiration zurückzuführen. Diese letzteren Atelektasen müssen von vornherein als inficirt gelten, während die ersteren sich häufig nachträglich infeciren. Somit müssen die durch die schädigende Wirkung des Narkoticum entstandenen Veränderungen der Lungen als eine ernste Complikation der Betäubung angesehen, und in diesem Sinne muss die Narkose für die grössere Mehrzahl der postoperativen Lungenveränderungen verantwortlich gemacht werden. L. hält sich für berechtigt, diese durch seine Experimente an Kaninchen gewonnenen Schlüsse auch auf den Menschen übertragen zu können und ist zu der Ansicht gekommen, dass eine Mischung des Chloroforms mit Sauerstoff oder Luft für Narkosezwecke die Entstehung der geschilderten Lungenveränderungen nicht verhindert.

Zwei Arbeiten beschäftigen sich mit der interessanten Thatsache von Hausepidemien.

Azéma (5) beschreibt 3 klassische Fälle von Ansteckung bei Lungenentzündung, eine Art Familienepidemie, die sich auf einen Raum erstreckte. Zuerst erkrankte die 70jähr. Pflegerin einer 90jähr., bettlägerigen Greisin und starb bereits am 3. Tage. Ihre Stelle wurde ersetzt durch die 50jähr. Tochter der alten Dame, die bei dem Ende der Pflegerin zugegen gewesen war und nachher das Bett benutzte. 4 Tage später zeigten sich bei der Greisin Symptome von Lungenentzündung, die in 4 Tagen zum Tode führten. Inzwischen war aber auch die Tochter schwer erkrankt und musste zur besseren Pflege in eine andere Wohnung gebracht werden. Zuerst schienen die Symptome dieser Erkrankung mehr auf ein typhöses Fieber hinzuweisen, bei hoher Temperatur fehlten die positiven Zeichen der Lungenentzündung, am 8. Tage der Erkrankung ergaben sich jedoch bei der erneuten Auskultation sichere Symptome einer lobären Pneumonie, die dann gutartig verlief.

Azéma erwähnt noch andere derartige Fälle von Ansteckung und betont die Nothwendigkeit prophylaktischer Maassregeln, Isolirung der Patienten, hygieinische Vorsichtmaassregeln der pflegenden Personen durch antiseptische Handwaschungen und Mundspülungen und besondere Kleidung im Krankenzimmer; vor Allem aber soll jeder Kranke mit einem Speinapf versehen und der Auswurf gesammelt und sorgfältig vernichtet werden. Die meist in Familien übliche Sitte, zu diesem Zwecke Tücher oder Servietten zu benutzen, kann gar nicht energisch genug bekämpft werden, da durch diese Verkennung der elementarsten Regeln der Hygieine vielfach die Uebertragung herbeigeführt wird.

Digitized by Google

Th. Olivier (6) berichtet über einen Ausbruch von Lungenentzündung in einer Besserungsanstalt, in der circa 200 Knaben untergebracht sind, von denen 8 Zöglinge im Verlaufe von 18 Tagen an Lungenentzündung erkrankten, der letzte dieser Fälle endete tödtlich, und zwar wurde der Pat. wenige Stunden nach dem ersten Auftreten von heftigen Kopfschmerzen todt im Bett gefunden. Die *Sektion* ergab Pneumonie des unteren linken Lungenlappens und der Tod war anscheinend die Folge von Collaps im ersten Krankheitsstadium. Die anderen Pat. wurden sämmtlich wieder hergestellt, klinisch erschien die Erkrankung als gewöhnliche croupöse Pneumonie mit normalem Verlaufe. Da sämmtliche Krankheitfälle sich in einem grossen Schlafsaale ereigneten, der stark überfüllt und sehr dunkel war und dessen Ventilationeinrichtungen sich überdies in defektem Zustande befnnden, liegt die Vermuthung nahe, dass die schlechte Luft des Schlafraumes die Ursache dieser epidemieartigen Erkrankung gewesen ist. Nachdem man den Raum mit mehr Fenstern und einer besseren Ventilation versehen hat, sind 4 Jahre lang keine weiteren Pneumonieerkrankungen unter den Insassen vorgekommen und der Gesundheitzustand war andauernd befriedigend. O. erwähnt noch andere Falle, in denen die Einathmung von Kloakendünsten und reizenden Gasen Pneumonieerkrankungen hervorgerufen hat.

Woldert (7) in Texas berichtet über eine Grippe-Epidemie in einem abgeschlossenen ländlichen Distrikt zur Zeit der Frühjahrsbestellung und bei häufigem Witterungswechsel, bei der 50% der Bevölkerung befallen wurden und die eine beträchtliche Anzahl von Lungenentzündungen zur Folge hatte. Nach ausführlicher Besprechung von 9 Fällen von croupöser Pneumonie kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) Die Infektion des menschlichen Körpers durch den Grippe-Bacillus vermindert derartig die natürliche Immunität, dass eine darauf folgende Infektion durch den virulenten Pneumoniediplococcus und Entstehung croupöser Pneumonie sehr leicht vorkommen kann. 2) Die durchschnittliche Incubationzeit der croupösen Lungenentzündung durch Luftübertragung umfasst ungefähr 10 Tage. 3) Erbliche Belastung macht gewisse Familien empfänglicher für croupöse Pneumonie. 4) Die Zunahme und Abnahme zahlreicher Fälle von Lungenentzündung innerhalb einer begrenzten Zeit und Oertlichkeit kann in hohem Grade von der Coexistenz von Grippe abhängig sein. Streptokokkeninfektion der Lungen ist ein nicht allzuseltenes Vorkommniss bei allgemeinen septischen Processen. Diese Infektionen sind gewöhnlich örtlich umschrieben, in der Form von Abscessen oder können auch den Typus lobulärer Pneumonie vortäuschen. Die Untersuchungen von Finkler haben klinisch und pathologisch das Auftreten einer zellulären Entzündung der Lungen ergeben, die charakteristisch ist für den durch Streptokokkou hervorgebrachten Typus. Bei keiner Sektion zeigte sich die Entzündung croupös und erwies sich anatomisch als scharf abgegrenzt von lobärer Pneumonie, während die physikalischen Befunde nicht in gleicher Weise ausgeprägt waren, sondern zuweilen eben so gut auf einen Fall ausgesprochener lobärer Pneumonie schliessen liessen. Der allgemeine klinische Verlauf war sehr regellos, einzelne Kranke zeigten subnormale Temperatur, einzelne zeitweise 103.5°. Wenn bei solchen physikalischen Symptomen, die den Beginn lobärer Pneumonie vortäuschen, eine hohe Temperatursteigerung eintritt, dürfte es sehr schwer oder unmöglich sein, Streptokokken- oder Diplokokkeninfektion zu unterscheiden.

Mc Caskey (8) beschreibt einen Fall, in dem die Pat. 4 Monate nach der Geburt ihres jüngsten Kindes in Folge einer Erkältung mit Schüttelfrost und Delirium bei 103—104° erkrankte. Am 3. Tage zeigte sich knisterndes Rasseln in der Basis, das sich allmählich weiter nach oben verbreitete, und Dämpfung. Die Absonderungen der Bronchien ergaben bei sorgfältiger Untersuchung keinen einzigen Diplococcus, sondern nur Streptokokken. Es ist wahrscheinlich, dass die klinisch als lobäre Pneumonie festgestellte Erkrankung häufig als von anderen Infektionen herrührend erkannt werden würde, wenn öfter bakteriologische Untersuchungen vorgenommen würden. Man sollte auch die Thatsache beachten, dass eine Streptokokkenpneumonie auch noch andere Erkrankungen vortäuschen kann. In einer Reihe von Fällen, die Wasserman beobachtet hat, wurden ihm sämmtliche Patienten unter dem Verdacht von Tuberkulose zugeführt und in einigen von Finkler's Fällen war die Aehnlichkeit mit typhösem Fieber sehr auffallend.

Die Arbeit von Mc Caskey leitet uns schon hinüber zur *Pathologie* der Lungenentzündung.

In einer klinischen Vorlesung über Lungenentzündung bei Kindern hebt Murray (9) als besonders werthvoll die fortgesetzte Bestimmung der Athmungsfrequenz hervor, die ihm bei akuten Erkrankungen wichtiger erscheint als die Zählung des Pulses. Die normale Athmungsfrequenz wechselt mit dem Alter. Bei gesunden Kindern von 6 Mon. beträgt sie während des Schlafes oder der Bettruhe 30—25, bei Kindern von 3 Jahren 25—20. Bei Krankheiten ist der Einfluss des Alters noch deutlicher, doch hängt die vermehrte Frequenz auch noch von anderen Faktoren ab; gewöhnlich steht sie im Verhältniss zu der Natur und der Intensität des Fiebers. Die Athmungsfrequenz wird vermehrt gleichzeitig mit dem Steigen der Temperatur, beim Abfallen der letzteren durch rasche Krisen vermindert sie sich dagegen nur nach und nach und zwar in 2 oder 3 deutlich erkennbaren Stadien; dieses letzte, die Rückkehr zur normalen Athmungsfrequenz, erfolgt erst 8—10 Tage nach dem Abfall des Fiebers, also erst dann, wenn die Entzündungsprodukte beseitigt sind, der erkrankte Theil der Lunge wieder normal funktionirt und die Muskelkraft wieder hergestellt ist. M. beschreibt mehrere Fälle, deren Curven deutlich erkennen lassen, dass bei allen günstig verlaufenden Erkrankungen ein gleichzeitiger Abfall der Athmungsfrequenz mit dem Abfall der Temperatur stattfindet, während das Steigen der Athmungsfrequenz bei zeitweiligem Fallen der Temperaturcurve eine sehr ungünstige Prognose ergiebt.

3 Pneumoniefälle bei Kindern mit ganz ungewöhnlichem Fieberverlauf werden von Szontagh (10) des Näheren beschrieben.

Im ersten Falle handelte es sich um eine ausgedehnte eitrige Brouchopneumonie, die bei einem $2^1/_2$jähr. Kinde

mit croupöser Laryngitis nach einem Luftröhrenschnitt auftrat, und zwar in sehr merkwürdiger Weise: nach der Operation bestand 10 Tage lang leichtes Fieber, dann wurde die Temperatur normal und blieb es 4 Wochen lang; dann erst setzte plötzlich nach vorherigem Wohlbefinden hohes Fieber ein und nun entwickelten sich die Erscheinungen einer Pneumonie, die 18 Tage dauerte und mit dem Tode endigte. Sie verlief im Anfang mit intermittirenden, später mit stark remittirenden Fieberbewegungen pyämischen Charakters, als Zeichen dafür, dass der Process schubweise fortschritt. Der Ausgangspunkt der Pneumonie war aller Wahrscheinlichkeit nach in einem miliaren Recessus innerhalb der Narbe des Luftröhrenschnittes zu sehen.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 16 Mon. alten Knaben. Auch hier war in Folge einer laryngitis crouposa die Tracheotomie gemacht worden. Zunächst bildete sich eine Wundphlegmone mit reichlichem Sekret, dann aber reinigte sich die Wunde und 13 Tage nach der Operation war Patient ohne Fieber, und zwar 7 Tage hindurch. Dann stieg die Temperatur stark an, und während 17 Tagen bestand ein theils remittirender, theils intermittirender Fiebertypus. Obgleich an den Lungen nichts Krankhaftes nachzuweisen war, glaubt sich S z. uns verschiedenen Gründen zur Annahme einer Lungenentzündung berechtigt, und zwar einer Bronchopneumonie, die ihren Ursprung einer durch den Luftröhrenschnitt bedingten eitrigen Tracheitis verdankte. Uebrigens genas Patient.

Im dritten Falle, 11jähr. Knabe, war die Diagnose auf doppelseitige Lungenentzündung und eitrige Rippenfellentzündung gestellt; während 18 Tagen bestand Fieber, das an sich nichts typisches bot. Die Krankheit endigte mit dem Tode. Bei der *Sektion* erwies sich dieser Fall als Pyämie mit Lungenabscessen und hypostatischer Pneumonie. Die Lungenabscesse waren höchstwahrscheinlich durch Embolie zu stande gekommen, jedoch der Ausgangspunkt der Embolie blieb unnachweisbar.

Zum Capitel der traumatischen Pneumonie liefert Paquet (11) einen Beitrag.

P. musste am 10. Juli 1906 auf Anordnung des Friedensrichters eine Sektion nach der Exhumirung vornehmen, um festzustellen, ob ein Arbeitsunfall oder eine sonstige Erkrankung die Ursache des Todesfalles gewesen sei. Der Verstorbene, ein kräftiger und früher gesunder Brauer, klagte beim Transport eines schweren Fasses in den Keller plötzlich über einen heftigen Schmerz auf der rechten Seite des Thorax, doch liess sich nicht feststellen, ob er durch das Fass an die Wand gedrückt und gequetscht worden war. Er setzte seine Arbeit den Tag über fort, klagte aber über Schmerzen in der Seite und erkrankte am andern Morgen an starkem Fieber mit Beklemmungen und heftigen Schmerzen, beides dauerte bis zum Tode an, der am 22. Tage erfolgte. Blut wurde nicht gehustet, dagegen waren starke und zähe Expektorationen vorhanden. Der behandelnde Arzt stellte die Diagnose auf Bronchopneumonie, complicirt durch Brustfellentzündung. Bei der Sektion, die 3 Monate nach dem Tode erfolgte, waren Rippenbrüche oder blutunterlaufene Stellen auf der Oberhaut nicht festzustellen, dagegen zeigten sich 3 schwarze Flecke im Niveau des Rippenfells. In gleicher Höhe befand sich ein Blutgefäss, das gleichfalls eine dunkle Färbung zeigte. Diese Flecke, im Niveau des tieferen Theils der Thoraxwand gelegen, waren Reste von Ecchymosen, die nicht ohne Contusion durch einen Unfall entstanden sein konnten. Es kommt häufig vor, dass im Fall einer Contusion die blutunterlaufenen Stellen nicht auf der Oberfläche der Haut, sondern in der Tiefe des fetthaltigen Zellengewebes entstehen. Auch die ungewöhnlich lange Dauer der Erkrankung, die sich durch 2 aufeinanderfolgende Lungenerkrankungen, eine rechtsseitige Bronchopneumonie und eine Entzündung des oberen linken Lungenlappens, kennzeichnete, liess darauf schliessen, dass die erste Erkrankung traumatischen Ursprungs gewesen war und die bei der Kontusion intakt gebliebene Lunge erst später von der Entzündung ergriffen worden war, wie es häufig vorkommt.

Jürgens (12) beschreibt 3 Fälle von chronischer Pneumonie, die hinsichtlich des Verlaufes und der Diagnosenstellung einige besondere Merkmale trugen; bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Interessant ist besonders der erste Fall. Hier entwickelte sich eine Lungenentzündung im Anschluss an ein Trauma, aber erst 24 Tage danach.

Viele Aerzte behaupten und auch im grossen Publikum ist die Ansicht verbreitet, dass Lungenentzündungen in Orten mit *Höhenlage* gefährlicher auftreten, als in solchen mit niedrigerer Lage. Brewer (13) citirt verschiedene Autoren, die die entgegengesetzte Ansicht vertreten, und kommt auf Grund einer Statistik aus 3 in Arizona in Neu-Mexiko gelegenen Militärhospitälern zu dem Schlusse, dass im Vergleich zur ganzen Heeresstatistik die Höhenlage wenig mit der Mortalität bei lobärer Pneumonie zu thun hat, und dass bei einem Vergleich der 3 Stationen untereinander die Mortalität sich umgekehrt proportional zur Höhenlage verhält.

Der französische Stabsarzt Besc (14) bespricht den plötzlich eingetretenen Tod eines 22jähr. Infanteristen von guter Constitution, ohne hereditäre Belastung oder krankhafte Veranlagung, nüchtern und ruhig, der am 4. und 5. Mai 1906 zu seinen Kameraden über etwas Kopfweh und blutigen Auswurf klagte, ohne sich jedoch krank zu melden, am 7. Mai auf Urlaub bei Verwandten war, am 8. Mai vollen Dienst that, ohne über etwas zu klagen und am Abend des 9. Mai, nach der Betheiligung an einer grösseren Mobilmachungsübung und anschliessender Parade, plötzlich verstarb. Er hatte vorher mit Appetit gegessen, geraucht, seine Sachen für den nächsten Tag hergerichtet und sich dann gegen 7 Uhr auf's Bett geworfen, wo er einzuschlafen schien. Um 8 Uhr 45 Minuten erhob er sich, und stürzte nach 2 Schritten rücklings zu Boden, ohne Schrei und Zuckungen. Die Kameraden legten ihn wieder auf's Bett, er bewegte sich nicht mehr und war bewusstlos, Speichel lief auf beiden Seiten aus dem Munde. Das Sanitätpersonal machte sofort Belebungsversuche mit Aether, künstlicher Athmung u. s. w., man bemerkt noch einige Athemzüge und sehr schwachen Puls; der Stabsarzt, der nach einer halben Stunde eintraf, fand aber kein Zeichen von Leben mehr und die bis um 10 Uhr fortgesetzten energischen Versuche zur Wiederbelebung blieben erfolglos. Bei der *Sektion* fand sich Alles gesund bis auf die Lungen. Die linke Lunge war mit schwarzem, noch flüssigem Blute getränkt, war aber leicht, weich und schwumm im Wasser, die rechte war dagegen schwerer und bildete einen verhärteten Block, ein Einschnitt in den unteren Lappen ergab das Stadium rother Hepatisation, keine Spur von Eiter oder grauer Hepatisation, kein Erguss im Perikardium. Wenn man die Ursache dieses Todesfalles in einer *latenten Pneumonie* suchen wollte, so spricht dagegen der Umstand, dass diese Art der Lungenentzündung meist nur bei Greisen, Alkoholikern und Kachektikern auftritt und bei jungen Leuten sehr selten ist. In der militärischen Statistik der letzten 25 Jahre ist sie nur 1mal erwähnt. In dem vorliegenden Falle ist die Erkrankung auch zunächst offenkundig aufgetreten, dann aber latent verlaufen und es erscheint unbegreiflich, dass der Kr. trotz des scharfen Einsetzens der ersten Symptome, seinen Dienst Tage lang verrichten konnte. Noch ein wichtiger Punkt bildet einen Unterschied von der latenten Pneumonie der Greise und

Digitized by Google

Alkoholiker, nämlich das Eintreten des Todes im vollen Stadium rother Hepatisation. Da der Tod auch nicht auf eine der sonst bei Pneumonie häufig vorkommenden Arten durch Lungenlähmung, Herzschwäche oder allgemeine Schwäche in Folge starker Toxi-Infektion eingetreten ist, erklärt er ihn sich als eine *plötzliche Reflexlähmung des Nervensystems*, zu der wahrscheinlich die vorhergegangenen körperlichen Anstrengungen den Anstoss gegeben hatten. Die Bezeichnung der Erkrankung als latente Pneumonie lässt sich nicht aufrecht erhalten, sondern sie muss als *ambulatorische Pneumonie* klassificirt werden, analog den Fällen von Typhus und Scharlachfieber mit ambulatorischem Typus. Die Erkrankung an sich war bedeutend genug, aber der Körper reagirte wenig darauf, weil der Pat. ausnahmsweise widerstandfähig und wenig erregbar war.

Uebergehend zum *diagnostischen* Theile, dürften wir besonderes Interesse nehmen an den Resultaten der Durchleuchtung. In einer längeren Arbeit wird von Jürgens (15) auf die grosse Bedeutung der Röntgendurchleuchtung hinsichtlich der Pneumoniediagnose hingewiesen. Werthvolle Anhaltepunkte bringt diese Methode für die Unterscheidung der verzögerten Resolution von der Organisation des Lungenexsudates. Sie lässt in vielen Fällen nach abgelaufener Pneumonie noch sekundäre Lungenveränderungen vermuthen da, wo auf Grund der physikalischen Untersuchungsmethoden eine völlige restitutio ad integrum angenommen wurde. Zugleich werden wir darüber unterrichtet, in welcher Weise die Rückbildung des Infiltrates, bez. die Ausbildung consekutiver Veränderungen speciell der Cariifikation erfolgt. Die Röntgendurchleuchtung zeigt uns, wie ein pneumonisches Infiltrat an einzelnen Stellen zurückgehen kann, auch ohne dass dieses perkutorisch merkbar wird; sie zeigt weiter, wie die Erkrankung bisweilen in grossen Schüben fortschreitet, manchmal aber langsam vorwärts kriecht, wie sie gleichsam an vielen Stellen kleine Ausläufer in das benachbarte Gewebe entsendet, um bald darauf auch hier das ganze Gebiet zu infiltriren. Die Einwirkung der Lungenaffektion auf das Zwerchfell lässt sich am deutlichsten auf dem Röntgenschirme erkennen; wir sehen Verklebungen der Pleura entstehen und schwinden und dazu die Wirkung der Adhäsion auf benachbarte Organe. Besonders interessant ist eine Thatsache, die auch erst die Röntgendurchleuchtung ergeben hat, nämlich, dass die Resolution einer pneumonisch erkrankten Lunge nicht selten erst nach vielen Monaten beendigt ist.

Bei einigen selteneren Complikation der Lungenentzündung, der Gangrän und der Abscessbildung bringt die Röntgenuntersuchung manchmal ganz überraschende Ergebnisse, die neben der diagnostischen Bedeutung auch grossen Werth für die Beurtheilung der Entstehung und Heilung solcher Processe haben. In einem besonders markanten Falle, der von J. beschrieben wird, belehrt uns die Durchleuchtung darüber, dass eine apfelgrosse Caverne in wenigen Tagen sich entleeren und schrumpfen kann; die Perkussion und Auskultation liessen einen derartig schnellen Verlauf nicht vermuthen.

Zum Schlusse seiner Abhandlung erörtert J. das Verhältniss des pneumonischen Infektes zur Tuberkulose. Auch für die Erkennung der ursächlichen Beziehungen einer Lungenentzündung zu einer sich daran anschliessenden, fortschreitenden Tuberkulose leistet die Röntgenuntersuchung wichtige Dienste. Wieviel Schwierigkeiten bieten nicht jene Fälle, in denen nach einer Oberlappenpneumonie mehr oder weniger ausgedehnte Dämpfungen zurückbleiben. Handelt es sich hier um verzögerte Resolution, um alte tuberkulöse Herde oder um eine frisch einsetzende Tuberkulose? Schon die Art der Aufhellung des Lungenschattens giebt manchmal gewisse Anhaltepunkte; am sichersten ist die Combination eines pneumonischen mit einem tuberkulösen Infekte erwiesen, wenn nach der deutlichen, der Resorption des pneumonischen Infiltrates entsprechenden Aufhellung des Lungenschattens allmählich wieder neue Schattirungen sichtbar werden. Die alte Frage nach der Beziehung zwischen Pneumonie und Tuberkulose entscheidet sich dahin, dass nur dann ein Pneumoniker an fortschreitender Tuberkulose erkrankt, wenn er schon vor der Lungenentzündung Tuberkelbacillen in seinem Körper barg, bez. wenn schon vorher ein, wenn auch kleiner, tuberkulöser Lungenherd bestand. Der pneumonische Lungentheil wird nicht etwa erst mit Tuberkelbacillen inficirt, ein pneumonisches Exsudat verkäst nicht, sondern die Tuberkelbacillen, oft auch ein tuberkulöser Herd sind schon da. In Folge der durch die Pneumonie geschädigten Widerstandkraft des Körpers, flackert nun die Tuberkulose auf und breitet sich aus nach ihrer Weise, unbekümmert um den Sitz des pneumonischen Herdes.

Pollnk (16) bestätigt die von Hamburger beschriebenen Perkussionphänomene bei exsudativer Pleuritis, sowohl bei freiem, wie bei abgesacktem Exsudate. Ausserdem konnte P. aber jene Phänomene auch feststellen bei einer Reihe von Unterlappenpneumonien und bei 2 Oberlappenpneumonien. Es geht daraus hervor, dass den paravertebralen und parasternalen Perkussionphänomenen kein differentialdiagnostischer Werth zwischen Pneumonie und Pleuritis zukommt.

Ueber das Vorhandensein des Westphal'schen Phänomens bei Pneumonie, auf das besonders Pfaundler aufmerksam gemacht hat, hat Kephallinós (17) auf Grund eines grösseren Materiales eine statistische Aufstellung gemacht. In 65 diagnostisch zweifellos sichergestellten Fällen von Pneumonia crouposa acuta im Kindesalter waren die Patellarreflexe doppelseitig erloschen 27mal = 41.5%; rechts nicht auslösbar 2mal.

Das Westphal'sche Phänomen fand sich 8mal öfter als der Herpes febrilis. Was das zeitliche Auftreten des Phänomens anlangt, so war es verschiedentlich vor dem Auftreten jedes physikalischen Lungenbefundes zu constatiren; andererseits kehrte der Sehnenreflex in sämmtlichen Fällen noch während der Beobachtungsdauer wieder.

K. prüfte in seinen Fällen auch das Verhalten der übrigen Reflexe, konnte aber niemals eine Ab-

weichung von der Norm feststellen. In Fällen von Typhus, Erysipel, Masern, Scharlach und sonstigen Infektionkrankheiten wurde der Patellarsehnenreflex so gut wie nie vermisst.

Ein eigenartiger Fall von Pneumokokkeninfektion wird von Brown (18) beschrieben.

Br. untersuchte ein junges Mädchen zum 1. Male am 20. Nov. 1905, als sie als Probeschwester in das Hospital eintreten wollte, und fand Herz, Lunge und Kehlkopf normal, sie war aus gesunder Familie und selbst immer gesund gewesen, bis auf zeitweilige Gallenbeschwerden und chronische Verstopfung. Am 21. November wurde der Arzt zu ihr gerufen und fand sie anscheinend an einer heftigen Gallenkolik mit schwerem Kopfschmerz, Erbrechen, kaltem Schweiss und leicht erhöhter Temperatur erkrankt, ferner zeigte sich Diarrhöe von galligem Charakter. Am nächsten Tage war das Allgemeinbefinden das gleiche, doch klagte die Pat. über Halsschmerzen und es zeigte sich an Mandeln und Zäpfchen gelblicher Belag. Temperatur Abends 38.4°. Pat. klagte über grossen Durst und beständige Uebelkeit. Am 23. November zeigte sich gegen Abend Besserung, Temperatur 37.3°. Puls 120 in der Minute, doch schwach. Erbrechen und Diarrhöe hatten nachgelassen. Am 24. November zeigte sich wieder vermehrter Stuhlgang mit Blut und dysenterie-ähnlichem Geruch, sowie erhöhte Temperatur, kein Erbrechen, Halsschmerz nach antiseptischen Mundspülungen wesentlich besser. In den nächsten beiden Tagen normale Temperatur und wesentliche Besserung aller Symptome. Am 27. November zum 1. Male Symptome einer schweren, virulenten Infektion. Dicke, schleimig-eiterige Expektorationen, bronchitisches Rasseln auf der ganzen Brust, schwere Athemnoth. Man schloss auf akute Septikämie, von einer Pneumokokkeninfektion herrührend. Am nächsten Tage wurden 3 Tuben von Pane's Antipneumokokken-Serum injicirt und wegen der starken Athemnoth Sauerstoffinhalationen, jedoch ohne Erfolg, angewendet. 24 Stunden später wurde die Seruminjektion wiederholt und es wurden wegen schwachen Pulses Digitalin (1 : 100) und Strychnin (1 : 30) subcutan angewendet. Das Allgemeinbefinden schien sich zu bessern, trotzdem trat der Tod am Abend dieses Tages ganz plötzlich durch Herzschwäche ein. An diesem Falle ist bemerkenswerth: 1) der plötzliche Ausbruch, Pat. war 6 Stunden vorher vollkommen gesund gewesen, 2) die Abwesenheit von Fiebersymptomen, besonders in Anbetracht der Ausdehnung und der später festgestellten Virulenz der Infektion, 3) die Abwesenheit von Gehirnhautinfektion, da kein Delirium und volles Bewusstsein bis zum Ende vorhanden waren. Es ist eine offene Frage, was für die Pat. hätte geschehen können, wenn sofort bei Auftreten der septischen Halsentzündung eine bakteriologische Untersuchung der Exsudationen des Halses gemacht worden wäre, was bei den häufig vorkommenden Fällen dieser Art im Allgemeinen nicht üblich ist. Die spätere Untersuchung im Regierungslaboratorium ergab im Urin einige wenige Diplokokken, wahrscheinlich Pneumokokken, im Sputum dagegen sehr zahlreiche Pneumokokken, während keine Diphtheriebacillen vorhanden waren.

In einer ausführlichen Arbeit bespricht Montier (19) auf Grund sorgfältiger Studien eine postkritische Fiebererscheinung, die er als *metapneumonisches, leichtes Fieber* bezeichnet, das in den ersten Tagen nach der thatsächlichen Krise bei akuter lobärer Pneumonie auftritt, keine Complikation bedeutet und mit einer normalen und definitiv zur Genesung führenden Resolution Hand in Hand geht. Bei seinen Erklärungen über die Pathogenese dieses Fiebers stützt sich M. auf die Arbeit eines amerikanischen Autors Fisher, über die *„Resolution als ätiologischer Faktor postkritischer Temperaturerhöhungen nach lobären Lungenentzündungen bei Kindern"*. Dieser gelangt zu folgender Hypothese, die auch M. für begründet hält. Nachdem Schmitzer und Ewald aus den hämorrhagischen Herden Albumosen hergestellt haben, die im Stande sind, eine Temperaturerhöhung hervorzubringen, erscheint das metapneumonische Fieber abhängig von den Resolutionerscheinungen: Man kann annehmen, dass das Flüssigwerden der fibrinösen Exsudate die Resorption albuminoider Produkte zulässt, die fähig sind, die Temperatur zu erhöhen. Diese Hypothese erklärt das wachsende Wohlbefinden des Kranken. Im Uebrigen weiss man, dass sich die Resolution unter dem Mikroskop durch die granuläre Umwandlung des Fibrins charakterisirt. Die Arbeiten von Simon zeigen ferner, dass unter dem Einflusse eines leukocytären Fermentes eine chemische Auflösung, eine Autolyse des Zellenexsudates stattfindet, und dass zahlreiche Experimente die Zerstörungsprodukte des Fibrins und des Hämoglobins als fiebererzeugend haben erkennen lassen. Vielleicht spielt auch die Zerstörung der Pneumokokken und die Abschwächung ihrer Virulenz eine gewisse Rolle.

Annand und Bowen (20) haben im Laufe von 8 Monaten 4 Fälle von Peritonitis bei Kindern beobachtet, die auf den Micrococcus lanceolatus zurückzuführen waren, und knüpfen daran eine ausführliche Studie über diese verhältnissmässig seltene und bisher nicht oft beschriebene Abart der Bauchfellentzündung. Sie kommen zu folgenden Resultaten: „1) Pneumokokkeu-Peritonitis bei Kindern tritt relativ selten auf, doch sind früher viele Fälle nicht richtig erkannt worden. 2) Ein Drittel der Fälle tritt auf als sekundäre Lokalisation irgend eines anderweitig gelegenen primären Erkrankungsherdes; nächst Lunge und Pleura ist das Mittelohr das am meisten befallene Organ. Die Infektion wird durch den Blutstrom übertragen. 3) Bei den verbleibenden 2 Dritteln der Kr. wird das Bauchfell wahrscheinlich meist vom Darme aus inficirt, doch brauchen keine wahrnehmbaren Läsionen an diesem zu finden zu sein. 4) In der Hälfte der Fälle ist der Eiter abgekapselt; in diesen ist die Diagnose verhältnissmässig leicht, die Prognose günstig, die Behandlung Bauchschnitt und Drainage. 5) In der anderen Hälfte ist die Peritonitis ausgebreitet, die Diagnose schwierig, die Prognose äusserst ungünstig. Behandlung: Bauchschnitt. 6) Die pathologischen Symptome sind durchaus charakteristisch."

Als höchst seltene Complikation bei der Lungenentzündung beschreibt Leube (21) einen Fall von Gesichtserysipel, das im Verlaufe einer tödtlich endigenden Pneumonie auftrat.

Dieses Erysipel erschien am 4. Krankheitstage und nahm seinen Anfang am Nasenrücken. Aus dem Inhalte einer durch die erysipelatöse Entzündung erzeugten Blase konnten Pneumokokken in Reinenltur gezüchtet werden. Auch in dem pneumonischen Lungeninfiltrate fanden sich die gleichen Erreger. Die Entstehung des Erysipels er-

Digitized by Google

klärt L. gewissermaassen durch eine Autoinoculation von Seiten des stark benommenen Pat. Es war nämlich festgestellt, dass dieser öfter die Finger in die Nase steckte und kurz vor der Entstehung der Rose Nasenbluten gehabt hatte. Es war sehr leicht möglich, dass von dem zähen Auswurf etwas am Finger haftete und gelegentlich in die Nase gebracht wurde. Gegen eine Verschleppung der Pneumokokken von der primären Erkrankungsstelle nach der Nase auf dem Blutwege spricht der Umstand, dass sich das Blut intra vitam als steril erwies.

Therapie. Die Pneumoniebehandlung wird von Wangh (22) unter einem ganz eigenartigen Gesichtpunkt erörtert. Er weist nach, dass die von vielen Klinikern empfohlene und angewendete aktive Behandlung der Lungenentzündung nicht, wie immer behauptet wird, nur auf der veralteten Humoral- oder vasamotorischen Pathologie beruht, sondern sich eben so gut durch die moderne Bakterientheorie erklären lässt. Er bespricht die Anwendung verschiedener Medikamente, wie Akanilin, Digitalin, Veratrin, Chinin und Strychnin, und sieht in einem grossen Theil der Krankheitserscheinungen, wie Fieber, Kopfschmerz, Delirium, Uebelkeit, Appetitlosigkeit, die Symptome einer Fäkal-Autotoxämie, die vielfach nicht genügend beachtet wird. Er empfiehlt dringend fortgesetzte Entleerung und Desinficirung der Därme, besonders durch Salzwasserspülungen, um möglichst grosse Mengen des Toxins dadurch herauszuwaschen und die Toxämie zu beschränken.

Robinson (23) stellt verschiedene Punkte zur Diskussion, die sich auf die Verhütung und Behandlung beziehen, und unterstützt seine Behauptungen durch eigene Erfahrungen und die Beobachtung anderer Aerzte. Er empfiehlt vor allen Dingen eine sorgfältige und wiederholte *Blutkörperchenzählung* bei akuter lobärer Pneumonie und sieht in der Abwesenheit von *Leukocytose* ein sehr ungünstiges Zeichen. Er bespricht ferner den Werth von Inhalationen von Kreosot, Chloroform oder Formaldehyd als Präventivmassregeln und empfiehlt auch bei leichten Erkältungen sofort mit *Inhalationen* von *Buchenholz-Kreosot* und Chloroformspiritus zu gleichen Theilen zu beginnen, um der Entwickelung von Lungenentzündung vorzubeugen. Er empfiehlt, ferner antiseptische Mundwaschungen mit Lösungen von Borsäure (4 : 1.000) oder Thymol (1 : 1.000) während und nach der Erkrankung, um einem Rückfall vorzubeugen, doch billigt er nicht eine regelmässige Ausspülung des Mundes mit Säuren bei Gesunden, wegen des schädlichen Einflusses auf die Zähne.

In solchen Fällen, in denen andere Herz-Stimulantien versagen, hat R. gute Erfolge mit *Coca*-Präparaten erzielt. Innerlich oder subcutan angewendet, hat Coca schon in fast hoffnungslosen Fällen genützt. Die Wirkung würde noch zuverlässiger sein, wenn die erhältlichen Präparate besser und kräftiger wären. Häufig wird eine falsche Abart der Pflanze zur Gewinnung des tonischen Alkaloids benutzt, oder die Blätter sind schon bei der Ernte zu trocken und von geringer Qualität, vertragen auch häufig nicht den Transport. Deshalb dürfen nur die allerbesten Präparate verwendet werden, auch empfiehlt sich nicht die fortgesetzte Anwendung von Coca bei der Behandlung der Pneumonie, sondern es ist nur als temporäre Hülfe zu benutzen.

Courtis (25) in New York bespricht eine neue Methode der Abortiv-Behandlung und sieht die Hauptursache der hohen Mortalität bei den jetzt vorherrschenden Behandlungsmethoden darin, dass einerseits die Pneumonie nicht genügend als eine allgemeine Erkrankung behandelt wird und dass es andererseits bisher noch an einem geeigneten Heilmittel fehlt, um die Blutüberfüllung der Lungen zu beseitigen. Da diese Congestion nicht nur in Stockungen, sondern auch in einer chemischen Verschlechterung aller Flüssigkeiten in dem afficirten Bezirk sowohl der Interstitialflüssigkeiten, als auch derjenigen der Capillargefässe besteht, kann ein Heilmittel nur erfolgreich sein, wenn es diese beiden Zustände beseitigt. C. empfiehlt die Anwendung eines *Ozon* producirenden *elektrischen Stromes.*

Er benutzt dazu einen Apparat, in dem durch Elektricität Ozon erzeugt und mit einer Geissler'schen Röhre durch den Körper getrieben wird. Dadurch werden alle pathogenetischen Produkte oxydirt und Ernährung und Vitalität wieder hergestellt. Gleichfalls damit verbunden ist ein elektrisches Cabinet, das Hitze und Licht mit Ozon vereinigt hervorbringt. C. hält diese Ozonisirung für ein ideales Heilmittel bei allen Stadien von Congestion. Er beruft sich auf eine Erfahrung an mehr als 60 Kr., die sämmtlich geheilt worden sind. Er hält es auch für einen Irrtum, dass die Pneumonie nicht abortiv behandelt werden dürfe, sondern ihren Verlauf nehmen müsse, und behauptet, dass durch die richtige Anwendung der Ozonisation Lungenentzündungen jedes Stadiums abgekürzt werden können, da eine Lösung innerhalb 48 Stunden nach Beginn der Behandlung eintritt. Das Ozonisiren soll ½—2stündlich angewendet werden, doch darf der Schlaf des Patienten nicht darunter leiden. Man soll es auch an Kopf, Rückgrat und Unterleib anwenden, weil es die Nervencentren anregt und die Thätigkeit der Ausscheidungsorgane vermehrt [!].

Als wichtiges Hülfsmittel bei der Behandlung mit Ozon empfiehlt C. ausser einigen Medikamenten, wie Aconit und Asa foetida, in erster Linie die Anwendung von künstlicher Hitze, durch die reichlicher und anhaltender Schweiss hervorgebracht werden soll. Wenn der Patient aufsitzen kann, empfiehlt sich ein Dampfbad, anderen Falles kann durch Spiritusflammen unter dem Bett die Luft erwärmt und das Zimmer im Uebrigen bei guter Lüftung in tropischer Temperatur (37.8° C.) erhalten werden. Wenn angängig, ist ein *elektrisches Lichtbad* das beste Mittel, um äussere Hitze, verbunden mit Ozon anzuwenden. Auch Sauerstoff-Inhalationen, die gleich im ersten Stadium der Krankheit angewendet werden sollten, können zu einem wichtigen Hülfs-, bez. Ersatzmittel werden.

Ein entschiedenes Interesse beansprucht gegenwärtig die Behandlung der Lungenentzündung mittels specifischen Serums. Pässler (25) erörtert diese specifische Therapie auf Grund von 24 Pneumokokkenpneumonien. Zunächst betont er, dass in seinen Fällen nie eine schädigende Wirkung des

Digitized by Google

Serums beobachtet wurde; als harmlose Nebenwirkung trat 6mal ein urticarielles Exanthem auf. Fast regelmässig folgte der Injektion eine Besserung des Allgemeinbefindens, oft eine ausgesprochene Euphorie; P. möchte jedoch dieser Wirkung des Serum nur geringe Bedeutung im Sinne einer Heilwirkung zumessen, weil es sich hierbei um schwer controlirbare Angaben der Kranken über ihr subjektives Befinden handelte. Was den Temperaturverlauf betraf, so sah P. sehr häufig Temperaturabfälle, aber nicht unmittelbar nach der Einverleibung des Serum, sondern 6—12 Stdn. hinterher.

Zur Frage, ob durch Serumeinspritzung eine Beschleunigung der Krisis herbeigeführt wird oder nicht, äussert sich P. zu Gunsten des Serum. Nebenbei sei bemerkt, dass der Temperaturabfall nach den Injektionen niemals von Collapserscheinungen begleitet war.

In der grossen Mehrzahl der Fälle blieb die Lungenentzündung auf die beim Beginn der Serumtherapie ergriffenen Lungenlappen beschränkt. War zur Zeit der Injektion ein erkrankter Lappen erst unvollständig infiltriert, so wurde in der Regel die völlige Infiltration nicht aufgehalten. Jene Beschränkung des pneumonischen Processes wäre allerdings als positiver Beweis für die Wirksamkeit des Serum, wie auch P. meint, nicht hoch zu bewerthen, da die meisten Pneumonien Einlappenpneumonien sind. Die Lösung der pneumonischen Infiltration bei den Serumfällen bot keine Abweichung von der Norm.

Die stärkste Stütze für die Annahme eines Heilwerthes des Römer'schen Serum bildeten die Beobachtungen, bei denen P. eine ausgesprochene Lebensgefahr wider alles Erwarten unmittelbar nach der Seruminjektion schwinden sah. Unter den 24 Kr. waren 7 geheilte, bei denen das Auftreten von Lungenödem, von schwersten Kreislaufstörungen, von meningitischen Reizerscheinungen, meist von mehreren dieser bedrohlichen Zustände gleichzeitig die Prognose zunächst fast absolut ungünstig stellen liess. Nur 1 Fall verlief bei anscheinend gleichen Verhältnissen ungünstig. Unbeeinflusst blieb meistens die Leukocytenzahl. Hervorzuheben wäre noch die Tatsache, dass unter 6 Kr. mit Pneumokokkämie 3 genasen und 3 starben. Die Zahl der Geheilten betrug also 50%, während nach Lenhartz die Zahl der trotz Pneumokokkämie Geheilten nur 15% beträgt.

P. gelangt zu dem Schlussergebniss, dass die Heilwirkung des Römer'schen Serum zwar noch als unsicher und meist unvollkommen zu bezeichnen, jedoch der Wirkung aller sonst gegen die Infektion selbst gerichteten Maassnahmen unbedingt überlegen ist. Eine Indikation für die Serumanwendung würde stets dann gegeben sein, wo Anzeichen einer besonders schweren Infektion, kenntlich an Pneumokokkämie und Hypoleukocytose, bestehen; ferner bei Erscheinungen von Kreislaufschwäche und dort, wo eine verminderte Widerstandfähigkeit des Erkrankten zu erwarten ist, also bei Greisen, Alkoholisten und bei Individuen mit nicht tadellos compensirten Herzfehlern u. s. w. Die Einzeldosis beträgt am besten 20 ccm. War die erste Injektion unwirksam, so ist die Aussicht, dass eine wiederholte Einspritzung besseren Erfolg geben wird, gering. Tritt nach vorübergehender Besserung wieder Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes ein, so ist die Injektion sofort zu wiederholen.

Tauber (26) berichtet über 9 Kr. mit reiner Diplokokkenpneumonie, die mit dem Römer'schen Serum behandelt wurden. Die Wirkung äusserte sich in allen Fällen in einer ganz entschiedenen Besserung des subjektiven Befindens; ferner scheint das Serum auf den Cirkulationapparat günstig einzuwirken, indem es bei gefahrdrohender Erniedrigung des Gefässtonus diesen nicht unbeträchtlich steigert. Auf den Temperaturverlauf hingegen schien das Serum keine nachhaltige Wirkung auszuüben; *Ref.* wenigstens hat den Eindruck, als ob eine Beschleunigung der definitiven Entfieberung nicht erzielt wurde.

Zu einem fast vollkommen entgegengesetzten Urtheile über die Römer'sche Serumtherapie gelangt Mięsowicz (27), der sie in 10 Pneumoniefällen anwandte. Fast in keinem Falle beobachtete er eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens, im Gegentheil, in 3 Fällen hatten die Patienten nach der Injektion erhöhtes Schwächegefühl. Ferner fehlte ein Einfluss des Serum auf die Herzthätigkeit; 3mal wurde sogar kurz nach der Einspritzung eine erhebliche Blutdruckerniedrigung festgestellt. Der Fieberverlauf und der Krankheitprocess innerhalb der Lungen erlitten durch die Serumbehandlung keine nachweisbare Abänderung. In 7 Fällen war kurz nach der Seruminjektion eine Hypoleukocytose verhanden, eine Thatsache, die unter Umständen, nämlich bei nicht abnehmendem Fieber, prognostisch ungünstig zu bewerthen ist. Dass auch nach der Injektion Pneumokokken sich im Blute entwickeln können, dafür spricht die bakteriologische Untersuchung des Blutes, die M. in einigen Fällen ausführte, und zwar einmal mit positivem Ausgange. Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt er zu dem Schluss, dass das Römer'sche Serum unter Umständen auch direkt schädlich wirken kann. Die günstigsten Aussichten für einen Erfolg verspricht jedenfalls eine möglichst frühzeitige Anwendung.

Für eine medikamentöse Pneumoniebehandlung tritt Pulvirenti (28) warm ein, und zwar empfiehlt er vornehmlich die Antipyretika. Er hebt als günstige Wirkungen hervor: 1) Das Heruntergehen der Temperatur bis um 3°, im Verlauf $^1/_4$ bis 1 Stunde nach Anwendung des Medikaments. 2) Reichlichen Schweiss, der mit der Entfieberung zugleich auftritt, doch meistens nur nach den ersten Dosen. 3) Besseres Allgemeinbefinden. 4) Regelmässigeren und kräftigeren Puls. 5) Langsamere und ruhigere Athmung. 6) Wiederkehr des Appetits,

doch ist Milchdiät beizubehalten und der Genuss fester Nahrung möglichst einzuschränken. 7) Sofortiges Nachlassen der Erregung und des Delirium. 8) Verschwinden oder Verringerung der Albuminurie, wenn vorher vorhanden. 9) Verschwinden oder Erleichterung der Schmerzen im Thorax. 10) Verringerung des Hustens und des Auswurfs. 11) Erhebliche Veränderung des physikalischen Zustandes der Lunge. 12) Krisen im Zeitraum von 6—48 Stunden nach 2—3 Pulvern Antipyrin oder Antifebrin bei 40% der beobachteten Kranken. P. fügt eine Tabelle bei, aus der ersichtlich ist, in welchen Dosen die 3 Medikamente dem Alter des Patienten entsprechend ohne Nachtheil gegeben werden können, und die ergiebt, dass Kinder am besten, alte Leute am wenigsten die Antipyretika vertragen. Er empfiehlt am meisten das Aspirin wegen seiner ausgesprochen antithermischen Wirkung, der vollkommenen Abwesenheit von unbequemen Nebenwirkungen, wegen seines nicht unangenehmen Geschmackes und des mässigen Preises. Andauernder ist die Wirkung des Antifebrin, doch giebt es Leute, die es durchaus nicht vertragen und seine Anwendung ist bei geschwächtem Cirkulationapparat bedenklich. Die gebräuchlichste Form sind Pulver, doch ist die Auflösung vorzuziehen, 20—30 g für Klystiere, die doppelte Menge für Getränke; diese Form ist besonders geeignet für Aspirin, dessen säuerlicher Geschmack, durch Syrup gemildert, wie eine wohlschmeckende Limonade wirkt. Die Anwendung durch Klystiere empfiehlt sich besonders bei Kindern; bei Aufnahme des Medikaments durch den Mund ist darauf zu achten, dass sie mit leerem Magen, 2—3 Stunden nach der letzten und 1 Stunde vor der nächsten Mahlzeit geschieht.

Gonzales del Valle (29) empfiehlt angelegentlich das Kreosotal bei Lobulärpneumonie; er giebt 8—10 g pro die und sah stets Uebergang zur Heilung in den ersten 8 Tagen der Krankheit.

Marcos (30) hinwiederum schien die genuine Pneumonie der Kreosotalbehandlung leichter zugänglich zu sein als die Bronchopneumonie. Er giebt Dosen zwischen 5 und 8 g und constatirte neben Besserung des Allgemeinbefindens Temperaturerniedrigung. Nach seiner Ansicht wirkt das Kreosotal direkt auf die Pneumokokken ein.

Dunn (31) empfiehlt die Anwendung von Arsenik als eine verhältnissmässig einfache und wirksame Methode und beschreibt Fälle, in denen das Medikament, als Fowler'sche Lösung (2—3stündlich 5 Tropfen) gegeben, mehrere Tage lang von den Patienten überraschend gut vertragen wurde, ohne das geringste Zeichen einer Arsenikvergiftung. In den meisten Fällen war bereits nach 48 Stunden ein Niedergang der Temperatur eingetreten und der ganze Verlauf war auffallend gutartig. Die Zahl der Fälle ist noch zu gering, um allgemeine Schlüsse daraus zu ziehen; immerhin erscheint nach den bisherigen Erfahrungen die Annahme gerechtfertigt, dass das Arsenik als allgemeines Stärkungsmittel und als Antisepticum einen Einfluss auf die mit der Entwickelung des Pneumococcus verbundenen Vorgänge ausübt und die toxischen Symptome der Pneumonie einschränkt.

Brunton (32) berichtet über die Anwendung von Kalksalzen als herzstärkendes Mittel bei Lungenentzündungen und Herzerkrankungen. Schon vor 25 Jahren hat Ringer beobachtet, dass ein mit in destillirtem Wasser gelöstem Chlornatrium durchtränktes Froschherz sehr bald seine Contraktionfähigkeit verliert, während dieses nicht der Fall ist, sobald die Lösung mit gewöhnlichem Wasser erfolgt. Dies führte zu der Entdeckung, dass die Erhaltung der Contraktionfähigkeit auf den im Brunnenwasser enthaltenen Kalksalzen beruht, und man hat diese Thatsache schon vielfach in physiologischen Laboratorien nutzbar gemacht, jedoch noch niemals in der medicinischen Praxis. Bei einer Epidemie von Lungenentzündungen, die als Folge von Influenza auftraten und bei denen sich eine starke Tendenz zu Herzschwäche zeigte, verfiel Br. darauf, *Chlorcalcium* anzuwenden und erzielte gute Resultate. Es ist allerdings nicht so leicht, die gute Wirkung der Kalksalze bei drohender Herzschwäche zu beurtheilen, wie z. B. diejenige von Oxygen und Strychnin, weil der Erfolg kein so unmittelbarer ist, immerhin erscheint es geboten, weitere Versuche damit zu machen. Das Chlorcalcium wurde 4stündlich in Dosen von 5—10 g gegeben, nur in Wasser aufgelöst. Da es sehr leicht an der Luft zerschmilzt, kann man es nur in Lösung aufbewahren. Es hat einen sehr unangenehmen salzigen Geschmack, doch lässt sich dieser leicht durch Saccharin verdecken, es kann sowohl in Wasser wie in Milch gegeben werden und beeinträchtigt den Gebrauch anderer Medikamente nicht. Auch bei Herzerkrankungen, wo die Ventrikelwand kraftlos zu werden schien, ist dieses Mittel mit ermuthigendem Erfolg angewendet worden. Bei Pneumonie, bei der eine möglichst rasche Wirkung erwünscht ist, scheint die Chlorverbindung das beste Kalksalz zu sein, während bei Herzleiden auch andere Salze, wie Lactophosphat oder Glycerophosphat angewendet werden können. Es ist nicht unmöglich, dass der grosse Nutzen, den man häufig bei Herzleiden durch die Milchdiät erzielt, zum grossen Theil auf der Menge von Kalksalzen beruht, die in der Milch enthalten sind.

Auch Douglas Tree (33) beschäftigt sich mit der Anwendung von *Kalksalzen*, in gewissen Fällen von Pneumonie, doch warnt er davor, den Gebrauch dieses Medikaments zu sehr zu verallgemeinern. Er hält die Anwendung für besonders nützlich und erwünscht in Fällen des *hämorrhagischen* Typus, weil durch Vermehrung der Gerinnbarkeit des Blutes die seröse Hämorrhagie verringert wird, während nach seinen Erfahrungen es sich nicht empfiehlt, in Fällen, in denen Husten und Auswurf gänzlich fehlen, die Kalksalze anzuwenden.

Nachdem Dujardin-Beaumetz auf die therapeutischen Wirkungen des Schwefelkohlenstoffes und des schwefelkohlenstoffhaltigen Wassers, das diesen in einer Lösung von 4‰ enthält, hingewiesen hatte, wendete Masciangeli (34) dieses Mittel zunächst nur bei Erkrankungen des Magen- und Darmkanals an, bis der Zufall ihn in 2 solchen mit Lungenentzündung verbundenen Fällen, die sehr rasche und günstige Wirkung des Mittels auch auf die croupöse Pneumonie erkennen liessen. Seit dieser Zeit stellte er weitere Versuche damit an und berichtet über eine Reihe von Fällen mit sehr günstigem Verlauf. Er giebt zunächst bei Beginn der Erkrankung eine gute Dosis Calomel und am folgenden Tage eine 5proc. wässerige Schwefelkohlenstofflösung, die löffelweise stündlich gereicht und mit der gleichen Menge reinen Wassers verdünnt wird. Das Resultat war in allen, theilweis recht schweren Fällen, das gleiche: Entfieberung am 3. oder 4. Krankheittage und rasche Abnahme der übrigen Erscheinungen. Besonders bemerkenswerth waren die auffallende Spärlichkeit der Expektorationen und der kritische Abfall des Fiebers während des Stadium der Hepatisation. Es scheint, als ob diese sicher nicht alltäglichen Symptome die Lösung des Krankheitprocesses bezeichnen und dass dieser in seinem Verlaufe durch die starke desinficirende Wirkung des Medikaments, die den Krankheiterreger zur vollen Entwickelung seiner pathogenetischen Eigenschaften unfähig macht, aufgehalten wird. Es steht schon lange fest, dass der Schwefelkohlenstoff vom Blut aufgenommen wird, was durch die Remo'sche Reaktion im Urin leicht nachweisbar ist; ebenso, dass er hauptsächlich durch die Athmungwege wieder ausgeschieden wird und dem Athem des Patienten einen charakteristischen Geruch giebt. Nachdem auch Petresen unwiderleglich festgestellt hat, dass durch den Schwefelkohlenstoff eine allgemeine Antisepsis „à distance" erzielt wird, die der örtlichen chirurgischen Antisepsis analog ist, kommt man zu dem Schlusse, dass der in das Blut aufgenommene Schwefelkohlenstoff auf den Krankheiterreger der Lungenentzündung einwirkt, seine Vitalität paralysirt, seine toxischen Produkte neutralisirt und dadurch das Fortschreiten der Krankheit unmöglich macht.

Die physikalische Therapie bringt nichts wesentlich Neues. Schichold (35) empfiehlt eine Methode der Wasserbehandlung, die in Applikation einer nassen „Weste" besteht. Die wichtigste Wirkung ist die auf das Fieber. Diese Wirkung ist weniger eine antipyretische in engerem Sinne, der wesentliche Unterschied des Fieberverlaufs liegt in dem Abfall der Temperatur gegen Ende der Erkrankung. Der rein kritische Abfall tritt nämlich erheblich seltener ein als der lytische, und dieser meist schon bedeutend früher, am 1., 2., höchstens am 3. Behandlungtage, vorausgesetzt, dass der Krankheitprocess kein besonders schwerer und ein uncomplicirter ist. Im Uebrigen konnte auch Sch. die ausserordentlich günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens, der Herzthätigkeit und der Expektoration durch die Hydriatik bei der Pneumonie feststellen. Er warnt vor der Anwendung seiner Methode bei älteren Leuten, speciell Arteriosklerotikern und bei Myokarditikern.

Northrup (36) beschreibt eine schwere Lungenentzündung bei einem 13jähr. Knaben, die von Anfang an sehr heftig auftrat, mit hohem Fieber, Delirien und anderen Anzeichen einer sehr starken Toxämie und auf die noch eine längere Periode psychischer Depression folgte. Der Patient wurde bei 40° F. im kalten Zimmer nur mit frischer Luft behandelt, die unausgesetzt zwischen 2 offenen Fensterflügeln in einem Eckzimmer über sein Bett hinstrich, während die pflegenden Personen sich gut eingehüllt hatten, trug er selber nur ein leichtes Hemd und hatte die Arme frei. Trotz der Schwere des Falles wurde der Kranke völlig wiederhergestellt und empfand den Einfluss von frischer Luft und Kälte als eine grosse Wohlthat während des hohen Fiebers. N. tritt sehr dafür ein, eben so wie man jetzt, im Gegensatz zu früher, Typhuskranken frische Luft und Fieberkranken Wasser nicht mehr versagt, auch den Pneumoniekranken mit starker Toxämie frische Luft und Kälte in ausgedehntestem Maasse zu gewähren; eine Erkältung während des Fiebers ist ausgeschlossen und diese Methode kann seiner Ansicht nach nur Vortheile bringen und keine Gefahren.

Conor (37) in Rouen giebt einen Beitrag zum Studium der Wirkung von „Fixirungsabscessen", die nach den Berichten von Lemoine bei schweren Infektionerkrankungen, besonders bei Erkrankungen der Athmungsorgane, schon gute Erfolge erzielt haben. C. hat bei einem an schwerer Bronchopneumonie erkrankten, alkoholisch belasteten Soldaten Versuche gemacht, durch Einspritzungen mit Terpentinöl in den rechten Schenkel Ableitungabcesse herbeizuführen, die jedes Mal eine erhebliche Besserung der schweren Symptome herbeiführten und die drohende Katastrophe zunächst abwendeten, den ungünstigen Ausgang der Erkrankung aber doch nicht aufhalten konnten. Die Blutuntersuchung des Kr. ergab Talamon-Fraenkel'sche Pneumokokken, der Eiter der Abscesse erwies sich als steril. Durch eine Einspritzung dieses Eiters unter die Haut eines Meerschweinchens wurde aber der Tod dieses Thieres unter starken Intoxikationerscheinungen herbeigeführt. Das beweist, dass, wenn der Abscess auch nicht den Infektionerreger der Erkrankung enthielt, doch eine beträchtliche Menge von Toxinen darin enthalten waren. Die günstige Wirkung der Methode scheint also auf der Ableitung nach einem bestimmten Theile des Körpers hin zu beruhen und auf der Fixirung der durch den krankheiterregenden Mikroben ausgeschiedenen Toxine an dieser Stelle.

Goerdeler (Magdeburg).

107. Ueber eine Pneumonieepidemie;

von Dr. I. Antoniu. (Spitalul. XXVII. 23. p. 512. 1907.)

Die Epidemie trat auf in einem Infanterieregimente, wo unter 600 Soldaten 56 innerhalb kurzer Zeit an lobärer Pneumonie erkrankten. Eine nähere Inspektion der übrigen zeigte, dass noch 75 Mann an verschiedenen akuten Krankheiten, wie Tonsillitis, Otitis, Bronchitis litten, von denen die meisten sicherlich ebenfalls auf Grund einer Pneumokokkeninfektion entstanden waren. Thatsächlich konnten auch bei vielen Pneumokokken nachgewiesen werden.

Wie immer im Verlaufe derartiger Epidemien traten neben den typischen Fällen auch viele atypische auf. A. giebt die Krankengeschichte eines Falles von akuter fieberhafter Polyarthritis und eines anderen von akuter Mittelohrentzündung complicirt mit Perinealabscess und Meningitis, bei beiden Kr. konnte man im Eiter Pneumokokken nachweisen.

In ätiologischer Beziehung konnte in fast allen Fällen eine vorhergehende starke Erkältung nachgewiesen werden. Die Soldaten hatten ein Dampfbad genommen und standen dann Stunden lang in zugigen Hallen, worauf sie in ungeheizten Zimmern auf dem Fussboden schlafen mussten.

Als Behandlung wurde die von Petrescu angegebene Methode der Darreichung hoher Digitalisdosen angewendet. Die Pat. erhielten täglich ein Infusum von 4 g Fol. Digitalis in 200 g Wasser, und zwar durch 2 und selbst 3 Tage hindurch. Obwohl in vielen Fällen die Pneumonie schwerer Natur war, endeten doch alle Fälle mit Heilung. E. Teff (Braila).

108. **Contributo alla casuistica e alla patogenesi della pneumonite traumatica fibrinosa;** per Fr. Pancrazio, Padova. (Rif. med. XXIII. 30. p. 825. 1907.)

Ein Dienstmann, der mit einer Last von 50 kg aus einer Höhe von einem Meter herabgestürzt war, erkrankte 2 Stunden später unter heftigen Stichen in der rechten Seite. Abends trat Schüttelfrost hinzu. 3 Tage später begab er sich in ärztliche Behandlung. Es bestand eine typische Pneumonie des rechten Unter- und Mittellappens. Nach 4 Tagen trat der Tod in Folge von Herzschwäche ein. Bei der *Sektion* wies die rechte Lunge Zeichen eines Traumas auf. Da der anatomische Befund genau dem einer gewöhnlichen fibrinösen Pneumonie entsprach, hält P. die Abzweigung einer besonderen Pneumonia traumatica fibrinosa von dem Bilde der crouposen Pneumonie nicht für angebracht. Fischer-Defoy (Quedlinburg).

109. **Thymushyperplasie bei Morbus Addisonii;** von Dr. Karl Ifart. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 31. 1908.)

If. beschreibt einen neuen Fall von „Status thymolymphaticus" bei Addison'scher Krankheit. Nebenniere und Thymus sind Antagonisten, wird die eine schwach, so wird die andere üppig. Dippe.

110. **Ein neuer Fall von Hypophysisoperation bei Degeneratio adiposo-genitalis;** von A. Freiherrn v. Eiselsberg u. f. v. Frankl-Hochwart. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 31. 1908.)

Der 3. Fall, der 2. Kranke, den v. E. operirt hat. Die Erscheinungen in diesen Fällen sind Zurückbleiben des Wachsthums mit starker allgemeiner Verfettung; infantile Genitalien mit Fehlen der Schamhaare, keine Libido, keine Potenz; Kopfschmerzen, Schwindel, schwere Sehstörungen mit Opticusatrophie. In beiden Fällen wurde der Hypophysistumor (Carcinom und Angiosarkom) von der Nase her herausgeholt. Beide Kranke haben den Eingriff gut überstanden und bei beiden ist die Krankheit sehr wesentlich zurückgegangen.

Auch für die Akromegalie liegen bereits gute Erfolge der nasalen Hypophysisoperation vor.
Dippe.

111. **1) Entfettung und Entwässerung bei hochgradiger Fettsucht;** von L. Brieger. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30. 1908.)

2) Ueber Entfettung durch reine Milchkuren; von P. Moritz. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 30. 1908.)

3) Die Karell'sche Milchkur und die Unterernährung bei Compensationsstörungen; von Felix Hirschfeld. (Ebenda.)

4) Milchtage bei Entfettungskuren; von Dr. L. Roemheld. (Ebenda 28.)

Die lange vergessene Karellkur kommt wieder mehr und mehr zu Ehren. Brieger hat sie (allerdings unter Hinzufügung von Eiern, Weissbrot und Gemüse) in 2 Fällen von schwerster Fettsucht mit sehr bedenklichen Erscheinungen mit bestem Erfolge angewandt. Herz und Nervensystem wurden sehr gekräftigt, bei schneller beträchtlicher Gewichtabnahme. Br. legt grossen Werth auf gleichzeitig angewandte gymnastische und hydriatische Procedüren. — Moritz hat sehr gute Erfahrungen mit ausschliesslicher Milchkost bei zu Fetten gemacht. Die Kur ist einfach, billig, lässt sich leicht abstufen, die Kranken leiden gar nicht unter Durst und wenig unter Hunger. Keine bedenklichen Schwächeerscheinungen. Ganz besonders gut sind die Erfolge oft auf etwa miterkrankte Nieren und Herzen. — Auch Hirschfeld ist für die Karellkur. Etwas Specifisches haftet ihr nicht an. Sie ist eine günstige Form der Unterernährung. Auf diese kommt es an, sie schont das Herz und giebt ihm Gelegenheit, sich wieder zu erholen. — Roemheld endlich wendet schon seit Jahren Milchkuren zur Entfettung an und räth besonders als Kur oder auch als Nachkur, zur Befestigung des Erzielten, in jeder Woche 1—2 Milchtage durchführen zu lassen. Dippe.

112. **Ueber die Bedeutung der Karellkur bei der Beseitigung schwerer Kreislaufstörungen und der Behandlung der Fettsucht;** von Dr. L. Jacob. (Mittb. a. d. Hamburger Staatskrankenanst. VIII. 4. p. 53. 1908.)

Genauere Ausführung der 1. Mittheilung J.'s in der Münchn. med. Wchnschr. LV. 16. 17. 1908. Wir können die Arbeit gerade den Praktikern recht sehr zum aufmerksamen Durchlesen empfehlen.
Dippe.

113. **Der respiratorische Stoffwechsel eines Fettsüchtigen im nüchternen Zustande und nach Nahrungsaufnahme;** von Prof. R. Stachelin in Berlin. (Ztschr. f. klin. Med. LXV. 5 u. 6. p. 425. 1908.)

Ein Versuch zur Aufklärung der constitutionellen Fettsucht, der wohl eine gewisse „Verlangsamung des Stoffwechsels" nachgewiesen hat, ohne aber die Frage zu beantworten, ob es sich dabei um eine Ursache oder eine Folge der Fettsucht handelt. St. möchte der Angabe Rubner's zustimmen, dass der Energieverbrauch sich nicht nach der Menge des vorhandenen lebenden Protoplasma, sondern bis zu einem gewissen Grade nach der Grösse der Körperoberfläche des Fettsüchtigen richtet, und ist auch geneigt, die Lehre von dem „Luxusenergieverbrauch" des Gesunden bei übermässiger Nahrungzufuhr wieder aufzunehmen. Dippe.

114. **Vergleichende Ausnutzungsversuche an normalen und habituell obstipirten Menschen**; von Dr. Dimitri Pletnew. (Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 1. p. 186. 1908.)

Pl. bestreitet die Behauptung, Leute mit trägem Stuhlgange nützten die Nahrung besonders gut aus. Richtig ist, dass ihr Koth an verschiedenen Bestandtheilen auffallend arm ist, es kann das aber sehr wohl auf einer verminderten Darmsekretion beruhen. Dippe.

115. **Zur Pathogenese der Heberden'schen Knoten**; von Dr. Friedrich Pineles. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25. 1908.)

P. ist der Ansicht, dass die Entwickelung der Heberden'schen Knoten „in innigsten pathogenetischen Beziehungen zu Funktionstörungen des Genitalapparates" stehe. Dafür spricht neben manchem Anderen ihr überwiegendes Auftreten bei Frauen im Klimakterium, am häufigsten im normalen Klimakterium, zuweilen aber auch auffallend früh bei Klimax praecox. Dippe.

116. **Sérothérapie dans les épistaxis**; par F. Schiffers, Liège. (Arch. internat. de Laryngol. etc. XXV. 1. p. 46. 1908.)

Sch. empfiehlt gegen Hämophilie subcutane Injektionen von frischem Kaninchenserum. Die Dosen betragen 10—30 ccm in Zwischenzeiten von einigen Tagen bis zum Erfolge.

Hochheim (Halle a. d. S.).

117. **Ueber Haemangioma cavernosum des Kehlkopfes**; von Dr. Oscar Hirsch in Wien. (Wien. med. Wchnschr. XXI. 16. 1908.)

Hämangiome sind selten im Kehlkopfe; sie sind von blaurother Farbe und bluten leicht. In dem vorliegenden Falle war die Geschwulst von erheblicher Grösse, reichte vom Petiolus der Epiglottis bis dicht an die vordere Fläche des rechten Aryknorpels und nahm das ganze rechte Taschenband ein. Bei der Respiration bedeckte die Geschwulst das ganze normale rechte Stimmband. Auch an der linken Seite befand sich am vorderen Drittel des Taschenbandes eine bohnengrosse Geschwulst, die das vordere Drittel des Stimmbandes bedeckte. Der Tumor war blauroth, mit himbeerartiger warziger Oberfläche.

Am übrigen Körper hatte die Pat. keine Muttermäler.

Therapeutisch kommt in einem solchen Falle die Laryngofissur oder die Galvanokaustik in Betracht; jedoch wegen der Blutungsgefahr nur bei grossen Beschwerden.

Hochheim (Halle a. d. S.).

118. **Beitrag zur Kenntniss des einseitigen Kehlkopfkrampfes**; von Dr. K. M. Monzel in Wien. (Wien. med. Wchnschr. XXI. 16. 1908.)

M. hatte Gelegenheit, bei einer Pat. einseitigen Kehlkopfkrampf zu beobachten; er konnte das Phänomen nach Belieben oft auslösen, da es stets beim Laryngoskopiren auftrat. Die Pat. hatte eine maligne Struma, die den Nervus recurrens reizte. Das rechte Stimmband bewegte sich langsam aber stetig aus der geringen *Ad*duktionstellung gegen die Mittellinie bis an das linke Stimmband, das in maximaler *Ab*duktionstellung stand. Die Glottis wurde dadurch geschlossen und derart schief, dass sie mit der Medianlinie einen Winkel von 45° einschloss. Der Krampf dauerte einige Sekunden.

Wahrscheinlich wurde die einseitige Stimmbandcontraktion durch Reizung des einen Centrum in der Medulla oblongata hervorgerufen.

Hochheim (Halle a. d. S.).

119. **Ein Fall von „Naevus Pringle" der Haut mit Teleangiektasien an den Schleimhäuten und wiederholten Hämorrhagien aus denselben**; von Dr. Karl Kofler in Wien. (Wien. med. Wchnschr. XXI. 16. 1908.)

An der Haut des Gesichts des 50jähr. Pat. befinden sich unregelmässig verstreut zahlreiche blauröthliche, stecknadelkopf- bis linsengrosse, mit der Haut verschiebliche, elevirte, mächtig derbe, nirgends confluirende indolente Efflorescenzen, die auf Druck nur unbedeutend abblassen. Vereinzelte Knötchen finden sich auf der behaarten Kopfhaut, den Ohrmuscheln, den Gliedern und dem Stamme.

Auch in der Schleimhaut der Nase, der Conjunctiva palpebrae, dem Lippenroth, der Zunge und dem Gaumen, dem Hypopharynx und dem rechten Aryknorpel sind ebensolche Efflorescenzen wie an der äusseren Haut, die auf leichte Berührung bluten.

Die Affektion besteht bei dem Pat. und noch 2 Mitgliedern derselben Familie von Geburt an. Neben Allgemeinbehandlung kommen Excision und Verätzung in Betracht. Hochheim (Halle a. d. S.).

120. **Casuistischer Beitrag zur Röntgentherapie der Cancroide und der Carcinome**; von Dr. H. E. Schmidt. (Dermatol. Ztschr. XV. 8. p. 475. 1908.)

Bericht aus dem Universität-Institut für Lichtbehandlung in Berlin.

Die Behandlung versagte vollständig bei Krebsen der Zunge, der Wangenschleimhaut, der Conjunctiva und des Penis. Günstig beeinflusst wurden Krebse des Magens, der Mamma (soweit es sich um flache Geschwüre handelt) und der Haut. Völlige Heilungen sind noch nicht zu erzielen. Cancroide der Haut wurden zu etwa 75% geheilt. Falls ein Cancroid sich nach 3—5 kräftigen Bestrahlungen nicht wesentlich bessert, soll man die Sache aufgeben und operiren.

Fulguration und Röntgenbehandlung sind keine Konkurrenten. Die erstere zerstört nur das oberflächlich Gelegene, die Röntgenstrahlen dringen in die Tiefe und wirken mit Hülfe der „Radiosensibilität" der Gewebe. Die Röntgenbehandlung soll die Operation ersetzen und hat den grossen Vorzug der Schmerzlosigkeit. Dippe.

121. **Die Röntgenbehandlung der Seborrhoea oleosa**; von Dr. H. Sehmidt. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 28. 1908.)

Sehm. berichtet über sehr gute Erfolge. Da Talg- (und Schweiss-) Drüsen sehr empfindlich sind, braucht man nur schwache ungefährliche Bestrahlungen anzuwenden. Dippe.

122. **Traitement par le radium de certaines cicatrices vicieuses**; par les Drs. Wickham et Degrais. (Acad. de méd. Sc. Mai 26. 1908.)

W. u. D. haben Untersuchungen über die Einwirkung des Radium auf deformirende Narben

angestellt und gefunden, dass sie eine sehr günstige ist. Es zeigte sich, dass das Radium eine elektive Wirkung sowohl auf Brandnarben, als auch auf scrofulöse, koloide und traumatische Narben ausübt, dass also in dieser Beziehung die Einwirkung des Mittels mit derjenigen auf Epitheliome und Gefässnaevi grosso Aehnlichkeit aufweist.

E. Toff (Braila).

123. **Eine innerliche Behandlung des Molluscum contagiosum**; von Dr. K. Sakurane. (Dermatol. Ztschr. XV. 8. p. 503. 1908.)

In Japan verwendet man seit langer Zeit gegen Molluscum contagiosum mit gutem Erfolge das Korn von Coix lacryma, L. Graminae, Thränengras, zu 10—20 g pro die im Dekokt. Dippe.

124. **Ueber Leukoplasie und Malakoplakie**; von Prof. Josef Englisch. (Ztschr. f. Urolog. I. 8 u. 9. 1907.)

Unter einleitender Berücksichtigung der Veränderungen, die in Folge von akuter und chronischer Blennorrhöe entstehen können, unterzieht E. die in der Literatur bekannt gegebenen nicht sehr zahlreichen Fälle von Leukoplasie und Malakoplakie einer kritischen Würdigung und schält das charakteristische Krankheitsbild heraus.

Das Wesen der *Leukoplasie* besteht in einer Wucherung des Epithels der Schleimhaut mit Vermehrung und Abschuppung der oberflächlichen Schichten, wobei diese Epidermis-Charakter annehmen, in dem sich Verhornung (Eleïdin) hinzugesellt. In der Umgebung findet sich kleinzellige Infiltration, und je mehr die Verhornung fortschreitet, um so tiefer sklerosirende Veränderungen gehen im subepithelialen Gewebe einher: entzündliche Verdickung, fibröse Verhärtung, Erweiterung der Gefässe mit Verdickung der Wand, Wucherung in der Form papillärer Verlängerungen derart, dass das submuköse Gewebe ein dermopapilläres Aussehen erhält. Je lockerer die Schleimhaut, um so reichlicher und höher sind die Papillen, daher im hinteren Theile der Harnröhre, in der Blase und den oberen Harnwegen reichlicher. Verhältnissmässig selten findet sich Einlagerung von Epidermisperlen bis in das submuköse Gewebe.

Zur Leukoplasie disponiert ein schlechter Ernährungszustand, wie er z. B. bei Anämie, Tuberkulose, Atherom der Gefässe sich findet, während die veranlassende Ursache immer ein entzündlicher Vorgang ist (Blennorrhöe, Strikturen, Neoplasmen, Cystitis, Ulcus vesicae, Calculi, Ureteritis). Begünstigt wird ihr Auftreten noch besonders durch den wiederholten Druck starker Sonden; auch fortgesetzte Einspritzungen von Lapis-Lösung sollen die Verhornung fördern.

Leukoplasie kann zugleich an mehreren Stellen der Harnwege vorkommen, ja über das ganze System ausgebreitet sein; häufiger ist sie beim männlichen Geschlecht beobachtet worden. Für die oberen Harnwege kommt mehr das jugendliche, für die Harnröhre ein höheres Alter in Betracht; Bestimmtes lässt sich nicht sagen.

Die einzelnen Flecke erscheinen als blosse Verdickung der Falten und Kämme mit Vermehrung der Falten, die Flecke selbst bis frankstückgross, in der Blase im Allgemeinen grösser. Sie sind sehr verschieden gestaltet, ihre Oberfläche glatt, gestreift, gefaltet, flach, abschuppend, oder in Schollen abgelöst und flottirend; sie sitzen flach auf, bisweilen vorragend, erhaben und so eine Verkleinerung des Lumen herbeiführend. Die Farbe ist epidermisartig, weisslich bis grau, grünlich, bläulich oder gelblich, die Consistenz weich, brüchig, dicht, hart, knorpelartig. Auch die umgebende Schleimhaut kann sammetartig, stark injicirt, hart, fibrös sein, bei starker Entwickelung bis zur Umwandlung der Harnröhre in einen harten Strang. Bisweilen finden sich Wucherung der Muskelfasern in der Wand oder fettige Degeneration oder Schwund derselben; im Corpus spongiosum Wucherung der Trabekel mit Verkleinerung der Lucken. Endoskopisch erscheint die Schleimhaut mattgelbgrau mit röthlichen Flecken, abschuppend, leicht höckerig; die Centralfigur steht offen.

Im Harn finden sich Cholesterinplatten, Schollen von Epithelien, deren Substanz glashell ist, ohne nachweisbare Membran; meist scheint der Kern zu fehlen, tritt aber mit concentrirter Pikrinsäure glänzend und farblos hervor.

Der Verlauf ist ein continuirlicher, die Dauer eine sehr lange, spontane Ausheilung ist nicht beobachtet worden.

Betreffs der Therapie stellt E. folgende Sätze auf: 1) Trinkkuren allein können auf die Begleiterscheinungen einen bessernden Einfluss ausüben, führen aber nicht zur vollständigen Heilung. 2) Das Gleiche gilt von den Einspritzungen ätzender oder adstringirender Substanzen. 3) Unverlässlich ist das Auskratzen der erkrankten Stellen ohne Eröffnung der Blase, da sich die Tiefe und Ausbreitung der Behandlung nicht bestimmen lässt. Für kleinere Stellen könnte die Operation, mit dem Endoskop ausgeführt, von Erfolg sein. 4) Der Blasenschnitt ergab keine Erfolge und die Zahl der Todesfälle ist bei diesem Verfahren auffallend. 5) Günstiger lauten die Erfolge, wenn neben dem hohen Blasenschnitte die Auslöffelung vorgenommen wurde. 6) Die günstigsten Resultate ergab die gänzliche Entfernung der erkrankten Theile, sei es mit dem Thermokauter oder durch Excision, und sie erscheint daher als das Empfehlenswertheste.

Die *Malakoplakie* beruht ebenfalls auf Entzündung und Zellenwucherung. Ihr Wesen besteht in körnchen- bis bohnengrossen „Vorragungen der Blasenschleimhaut, zusammengesetzt aus einer Masse grosser Zellen, eingelagert in ein spärliches Gerüste mit ausgedehnten Capillaren und gewisse Einschlüsse enthaltend neben Bakterien". Die Gebilde sind der Submucosa aufgepflanzt, das Epithel fehlt an den verragendsten Stellen, anderwärts ist es normal. Die Farbe ist meist gelblich, auch grauweiss bis bläulichweiss.

Das bezeichnendste Merkmal sind grosse runde bis spindelförmige, aus den Bindegewebeelementen der Submucosa abstammende, subepithelial angehäufte Zellen, gegen die Submucosa durch kleinzellige Infiltration abgegrenzt. Die Einschlüsse,

nach der Tiefe zu zahlreicher werdend, sind kleine intra- und auch extracellulär gelegene Körnchen, die die Eisenreaktion liefern; die Bakterien sind Colibacillen ähnliche, Gram-positive Stäbchen, über deren Beziehung zur Entwickelung des Processes noch keine Uebereinstimmung besteht. In einem Falle bestanden die Einlagerungen aus Psammomen. Im Uebrigen hält E. das Bild der Malakoplakie noch für nicht genügend geklärt. Brauns (Dessau).

125. **Ein Fall von eigenthümlicher Kantenbildung der Nägel**; von Dr. Arthur Jordan. (Dermatol. Ztschr. XV. 1. p. 47. 1908.)

An mehreren Fingern Bildung einer Längskante im sonst normalen Nagel, die diesem ein giebelartiges Aussehen giebt. Am freien Rande neigt diese Stelle zu Einrissen. Am Daumennagel ist die eine Seite neben der Kante grübchenartig eingesenkt. Aetiologie dunkel.
Brauns (Dessau).

126. **Wassermann'sche Reaktion in einem Falle von Lepra**; von Dr. Wechselmann und Dr. Georg Meier. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31. 1908.)

Der Kr. war nicht luetisch gewesen. Die Reaktion war deutlich und auch sonst bot das Serum Aehnlichkeit mit dem Luetischer. Dippe.

127. **Transactions of the American dermatological association at its 30th. annual meeting 1906 held at Cleveland, Ohio.** 8. 247 pp.

Bumside Foster berichtet über *exfoliative Dermatitiden*. In 2 Fällen von Dermatitis exfoliativa neonatorum erfolgte nach 14tägiger Dauer der Tod, in den beiden anderen nach 3—4 Wochen Heilung. Beginn mit scarlatiniformer Röthung, die bald in kleieförmige Abschilferung und schuppige Abblätterung überging. Bei dem einen geheilten Kr. dagegen begann die Erkrankung mit typischem Pemphigus neonatorum — die Mutter hatte 14 Tage ante partum eine Impetigo contagiosa gehabt. Therapie: protrahirte Bäder mit Kleie oder Stärkezusatz und Einwickelung in mit Leberthran getränkten Flanell. 3 weitere Fälle betrafen 1 Erwachsenen und 2 Kinder von 12 bez. 6 Jahren. Bei dem 12jähr. Kinde war der allgemeinen Röthung und Schuppung eine Psoriasis vorausgegangen, es dürfte sich also um eine universelle Ausbreitung dieser Erkrankung gehandelt haben, während der Erwachsene an einer typischen Pityriasis rubra Hebrae zu Grunde ging. Auch für das andere 6jährige Kind glaubt F. diese Diagnose stellen zu sollen; allerdings trat dabei nach 6 Mon. plötzliche Besserung und schliesslich Heilung ein. Fünf weitere Fälle betrafen nur Theile des Körpers (einmal den Rumpf ausschliesslich, sonst die Extremitäten). Während bei einem Kr. die Dermatitis sich an Injunction von Hydrargyrum anschloss, blieb bei den übrigen die Aetiologie dunkel. Es war nie Zucker vorhanden. Die Behandlung bestand in Dauerbädern und Einwickelung in mit Leberthran oder Olivenöl getränkten Flanell wie bei den Kindern, ausserdem aber mit wesentlichem Nutzen in Carbolpillen à $^1/_2$ Gran.

Charles J. White fand am Halse und in den Achselhöhlen einer jungen Dame *Syringocystome*, die zuerst im 10. Lebensjahre aufgetreten waren, und zwar in einer bedeutenden Höhe über dem Meere bei sehr trockenem Klima. In der Cutis, überlagert von einer normalen Papillarschicht und scharf getrennt vom subcutanen Fettgewebe epitheliale Zellhäufungen mit Cystenbildung, die ganz den Typus der Knäueldrüsen nachahmen, obwohl ein Zusammenhang mit diesen nirgends constatirt werden kann. Dagegen zieht von einem Ausführungsgange ein feiner gleichartiger Zellstrang, der in seinem Ende eine Cyste enthält. Wh. kommt daraufhin zur Diagnose: Tumor der Ausführungsgänge mit Cystenbildung, und identificirt das Krankheitbild mit den von Jacquet und Darier, Török, Neumann, Brauns, Fiocco beschriebenen Fällen.

Henry G. Anthony berichtet über einen Fall von *Parakeratosis variegata*, findet aber bei der Diskussion erheblichen Widerspruch. Es handelte sich um ein fleckweises mehr oder weniger Pigment führendes oberflächliches Erythem, stellenweise einige nicht schuppende, zu sich rückbildenden Lichen planus erinnernde papulöse Efflorescenzen. Um die dilatirten Gefässe des Corium besteht kleinzellige Infiltration polynucleärer Leukocyten. Wenige Papillen; mangelhafte Verhornung in der Hornschicht und Neigung zur Abschuppung.

Frank Hugh Montgomory und Oliver S. Ormsby beobachteten 3 Fälle von weissen Flecken an Hals, Nacken und oberen Theilen von Brust und Rücken; 2 davon ergaben sich als *Morphoea guttata*, während der dritte ein *Lichen planus sclerosus et atrophicus* war, wie der mikroskopische Befund lehrte.

Joseph Zeissler wandte in einem Falle von *Aktinomykose* Röntgenstrahlen und Jodkalium an und, als letzteres schlecht vertragen wurde, Kupfersulfat (3—4mal täglich $^1/_4$ Gran) in Kapseln gegeben; er erzielte damit eine bereits $^1/_2$ Jahr anhaltende Heilung.

S. Pollitzer berichtet über 2 Fälle von *Lymphangioma circumscriptum;* er schliesst sich Unna's Ansicht an, dass eine angeborene Anlage besteht und dass eine Stauung des Lymph- und eventuell venösen Stromes die Ursache zur Entwickelung abgebe.

William Thomas Corlett giebt eine Uebersicht der *bullösen Hauterkrankungen* unter Anlehnung an selbstbeobachtete Fälle; er bespricht Pemphigus, Pemphigus neonatorum, Impetigo bullosa, Dermatitis bullosa und herpetiformis, Epidermolysis bullosa hereditaria, Urticaria bullosa und Pompholyx.

Henry W. Stelwagon und George Henry Fox ergänzen sich in ihren beiden Vorträgen über die *Diät als ätiologischer bez. therapeutischer* Faktor bei Hautkrankheiten. Abgesehen von den Stoffen, die für bestimmte Individuen toxisch wirken (Idiosynkrasien) führt nach St. Ueberernährung zu ungenügender Verdauung mit Ueberlastung der eliminirenden Organe. Bei besonders Disponirten kann auch Unterernährung das auslösende Moment abgeben. Häufig gehen auch mit der Nahrung vor oder kurz nach der Aufnahme toxische oder faulige Veränderungen vor, schliesslich sind auch unter Umständen Präservesalze u. dgl. schädlich. Fox erklärt es für das Beste, festzustellen, was die Patienten gewohnt sind zu essen, und dann nicht

durch Verbot bestimmter Speisen, sondern durch Fixirung eines Speisezettels einen vollständigen Wechsel der Kost herbeizuführen, das wirke meist eben so günstig wie ein Klimawechsel.

Jny F. Schamberg berichtet über 2 Psoriasiskranke, die jahrelang mit Arsen behandelt worden sind; bei dem einen kam es in Folge dessen zu *keratotischen*, pigmentierten *Flecken*, starker Hyperkeratose der Palmae und Plantae, und zu warzenartigen Gebilden, aus denen sich Ulcerationen *carcinomatöser* Natur entwickelten; im anderen Falle hatten sich Ulcerationen an den Unterschenkeln auf alten psoriatischen Herden gebildet, die später abgeheilt sein sollen.

Nach M. F. Engman und W. H. Mook entstehen *Arznei-Exantheme* (Jod und Brom) besonders leicht an solchen Stellen, die einem Trauma ausgesetzt sind oder an denen vermehrte Vascularisation besteht (Akne, Comedonen, seborrhoische Läsionen, entzündliche Processe).

William Allen Pusey berichtet über 2 Fälle von *Dermatitis vegetans*, der eine im Anschluss an ein seborrhoisches, nässendes Ekzem, der andere im Verlaufe eines vesiculo-pustulosen Ekzems. Es fand sich weder Trichophytie noch Blastomykose, sondern nur Staphylococcus pyogenes aureus. Daher kommt P. zu dem Schlusse, dass diese Pilzgattung, sekundär auf nässende Stellen gelangend, die Ursache für die Wucherung von Bindegeweben und Epithel abgebe. Heilung erfolgte unter Borsäure-Umschlägen.

Ueber einen gleichen Fall berichten John A. Fordyce und William S. Gottheil. Hier stellten sich im Mund, Genitalregion und Beinen Vegetationen nach einer blasenbildenden Hautkrankheit ein, so dass anfänglich die Erkrankung für Pemphigus vegetans erklärt wurde. F. und G. sind jedoch mit Rücksicht auf den gutartigen Verlauf der Ansicht, dass es sich um *Dermatitis herpetiformis mit sekundärer pyogener Infektion* handelt.

James Mac Farland Winfield fand bei einem *Pemphigus vegetans* eines 18jährigen Mädchens, das an Lippen, Zunge und Wangenschleimhaut Blasen, in der Genitalregion condylomatöse Wucherungen zeigte, im Blaseninhalt und Blut Staphylococcus pyogenes aureus and Bacillus pyocyaneus.

William T. Breakey sprach über *phagedänische und serpiginöse Ulcerationen und infectiöses Granulom*. Bei seinem Pat. folgte auf eine nicht indurirte Erosion des Penis 2—3 Wochen später ein Bubo inguinalis, der nach der Incision phagedänisch wurde. Während er allmählich abheilte, bildeten sich im subcutanen Gewebe Unterminirungen und Gänge, die, stellenweise nach aussen durchbrechend, wieder zu phagedänischen Ulcerationen führten und sich über die ganze Hüfte und Rückseite des Oberschenkels ausbreiteten. Der histologische Befund war der des infektiösen Granuloms und wird von B. zu dem in den Tropen beobachteten Granuloma inguinale tropicum, Lupoidform of groinulceration of Brit. Guiana, Ulcerating granuloma of the pudendn, Granuloma pyogenicum u. s. w. in Beziehung gesetzt. Gonorrhöe wurde anamnestisch ausgeschlossen, Jod- und Quecksilberkuren blieben wirkungslos, schliesslich kam es zur Heilung unter roborirender Diät und Umschlägen von wässeriger Argyrollösung.

Thomas G. Gilchrist schilderte eine *Impftuberkulose* durch Stecknadelstich in die Fusssohle. Es entwickelten sich bei dem sonst gesunden Individuum zwei Gruppen von kleinen bis erbsengrossen Ulcerationen, die wie ausgestanzt erschienen. Mikroskopisch wurden Tuberkulosebacillen festgestellt. Nach Excision Heilung ohne Recidiv. Ferner 12 *kleine Tumoren* bei einer 9jährigen Negerin, deren Onkel an Tuberkulose litt. Diese Tumoren stellten eine feste tiefliegende Masse dar, meist unter der Haut und auf der Muskulatur verschieblich. Am Rücken und in der Leistenbeuge Abscesse, an den Beinen Knötchen, die dem Erythème induré scrophuleux glichen. Heilung erfolgte unter einfacher äusserer Behandlung bei innerer Darreichung von Hypophosphit. In einem dritten Falle folgten auf ein Knötchen am linken Handgelenk ähnliche Efflorescenzen, die sich über die Beugeseite des Vorderarmes ausbreiteten, zu Pustelchen von 3—6 mm Grösse umbildeten und schliesslich zu kleinen mit Schorf bedeckten Ulcerationen wurden. Einzelne Efflorescenzen ähnelten der Variola. Heilung unter weisser Präcipitatsalbe. Interessant wird dieser Fall, in dem keine Tuberkulosebacillen, wohl aber Staphylococcus pyogenes aureus gefunden wurden, weshalb G. ihn als *Acne variolitormis, Acne rodens, Impetigo rodens (Devergie)* klassificiert, dadurch, dass bei neuen Eruptionen 2 Tage vorher im Arm ein Gefühl der Schwere und Schmerzhaftigkeit auftrat, ohne dass zu dieser Zeit andere Anzeichen des neuen Ausbruches zu finden gewesen wären.

Grover W. Wende und Charles A. Benz endlich berichten über *infektiöse Dermatitis gangraenosa*. Anscheinend durch Autoinoculation von einem alten Unterschenkelgeschwür aus kam es durch Staphylococcus und Streptococcus pyogenes aureus und Bacillus pyogenes capsulatus zu einer generalisirten Hautinfektion, die sich im Auftreten von rasch nekrotisirenden Blasen äusserte. Allgemeininfektion — Tod. Bei der Sektion wurden 137 Ulcerationen gezählt. Brauns (Dessau).

128. **Ueber Gonorrhöe**; von Dr. Boehme in Leipzig.

I. Bakteriologie. Histologie.

1) *Ein Fall von paraurethraler Gonorrhöe. Beitrag zur Histologie der chronischen Gonorrhöe;* von Cohn. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 1. 1907.)

2) *Bakteriologische Studien über den Gonococcus. Wachsthum des Gonococcus auf seinen freien Nährböden. — Werth des Gram'schen Verfahrens in der differentiellen Diagnose des Gonococcus;* von Picker. (Wien. klin. Wchnschr. XIX. 43. 1906.)

3) *Les microbes de l'urètre normal de l'homme;* par Ramond. (Progrès méd. XXXVII. 15. p. 176. 1908.)

4) *Ueber den färberischen Nachweis des Gonokokkentodes;* von Winkler. (Dermatol. Centr.-Bl. XI. 4. 1908.)

5) *Die Oxydasereaktion im gonorrhoischen Eiter;* von Winkler. (Folia haematol. V. 1. p. 17. 1908.)

6) *Ueber die jodophile Substanz in den Leukocyten des gonorrhoischen Eiters;* von Winkler. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXIX. 2. 1908.)

Ramond (3) studirte die Bakterienflora der gesunden männlichen Harnröhre und fand in der Gegend des Meatus stets verschiedene Bakterienarten reichlich vor, unter denen ein kurzer „Cocco-Bacillus urethrae" (bacille fourni de Janet) an Menge überwog und unter denen noch als häufiger vorhanden Staphylokokkenarten (darunter Micrococcus subflavus Bumm), Tetragenesarten (darunter Micrococcus lacteus faviformis Bumm oder Micrococcus fallax Rousseau und Micrococcus citreus conglomeratus Bumm) und Streptokokkenarten (darunter Streptococcus giganteus Lustgarten) zu nennen sind. Die tieferen Partien der Harnröhre dagegen erwiesen sich als bakterienfrei. Die Flora des Einganges der Harnröhre ist im Stande dem Eindringen fremder pathogener Bakterien, besonders auch den Gonokokken, von aussen zunächst einen Widerstand entgegenzusetzen.

Picker (2) verwandte zur Gonokokkenzüchtung mit bestem Erfolge serumfreie Nährböden, nämlich nach Thalmann's Vorschriften hergestellten, nach Phenolphthalein bis zu 2 Dritteln seiner Gesammtacidität neutralisirten, nach Lakmus aber noch alkalischen, Fleisch-

Digitized by Google

wasseragar, von dem aus die Weiterzüchtung der Gonokokkenstämme auch auf gewöhnlichen Agar und Glycerinagar gelang. Die Versuche erwiesen auch die Zuverlässigkeit der Gram'schen Färbung zur Charakterisirung der Gonokokken, wenn die Zeitmaasse beim Färben ganz genau eingehalten wurden und die Lösungen tadellos waren.

Cohn (1) excidirte einen gonorrhoisch inficirten paraurethralen Gang am Frenulum eines seit $2^1/_2$ Monaten an Tripper erkrankten Mannes und fand bei der histologischen Untersuchung neben dem normalen, gonokokkenfreien und nur von wenigen Eiterkörperchen durchsetzten, hohen Cylinderepithel Herde von geschichtetem Pflasterepithel, auf dem allein die Gonokokken auflagen. Im *tieferen* Infiltrate waren sie *nie* vorhanden. C. erklärt sich diese Thatsache so, dass die unter dem Einflusse der Gonokokkeninvasion in Plattenepithelien umgewandelten Cylinderzellen zum Theil schon wieder ihre ursprüngliche Zellenform angenommen und durch noch vorhandene Stoffwechselprodukte die Gonokokken eine Immunität gegen diese zurückbehalten hätten.

Winkler (4) prüfte die Gonokokken tödtende Wirkung einiger der gebräuchlichen Medikamente, indem er sie Trippereitertröpfchen zusetzte und den Tod der Gonokokken durch die Methode der intravitalen Bakterienfärbung von Růžička (Ztschr. f. wissensch. Mikroskop. XXII. p. 91. 1905 u. Arch. f. Physiol. CVII. p. 497. 1905) feststellte, die auf dem Princip beruht, dass bei Zusatz einer Mischung von gleichen Theilen Neutralroth und Methylenblau zum gonorrhoischen Eiter zunächst eine Rothfärbung eintritt, und dass nach dem Absterben die einzelnen Gewebeelemente und Bakterien sich blau färben. Dabei zeigten die Silber- und Kupferlösungen, sowie Chinin eine Gonokokken tödtende Kraft, während Wasserstoffsuperoxyd, Zincum sulfocarbolicum und Hydrargyrum oxycyanatum diese Wirkung nicht hatten. Ferner giebt Winkler (5) ein Verfahren an, um bei der Oxydasereaktion (bei Färbung mit 1proc. Alphanaphtol- und Dimethylparaphenylendiaminlösungen ist das Protoplasma der Eiterzellen dicht mit dunkelblauen Granulationen erfüllt, die Gonokokken sind nicht gefärbt) durch Bildung von Vesuvin oder durch Verwendung von Pyronin schöne Doppelfärbungen zu erzielen. Die Oxydasereaktion lässt sich auch mit der intravitalen Färbung verbinden. Endlich hat Winkler (6) noch die Beziehungen zwischen der jodophilen Substanz in den Leukocyten des gonorrhoischen Eiters und den Gonokokken geprüft und gefunden, dass das Auftreten von jodophiler Substanz in den Leukocyten ein Zeichen von Lebensfrische ist, dass die gonokokkenführenden Zellen vollständig frei von jodophiler Substanz sind, und zwar, wie er durch besondere Versuche feststellte, dadurch, dass die eingedrungenen Gonokokken die in den Zellen enthaltene jodophile Substanz vernichten. Ausserdem hebt er noch das reichlichere Vorhandensein jodophiler Substanz bei der Vermehrung der eosinophilen Zellen im Eiter und ihr selteneres Vorkommen bei nicht gonorrhoischer Harnröhrenentzündung hervor.

II. Pathologie. Hygiene.

7) *Ueber die Häufigkeit des Trippers in Deutschland;* von Blaschko. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 5. 1907.)

8) *The gonococcus in the vulvoraginal region;* by Buldt. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXI. 14. April 8. 1905.)

9) *Pathology of gonorrhoea in women;* by Cne. (New York med. Record LXXI. 17. p. 684. 1907.)

10) *Gonorrhoea during pregnancy;* by Edgar. (New York med. Record LXXI. 17; April 27. 1907.)

11) *Ueber Exacerbation latenter Gonorrhöe nach der Entbindung;* von Löwenheim. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXIV. 1—3. Festschr. f. Neisser I. p. 407. 1907.)

12) *Die chronische Urethritis und ihre Behandlung;* von Nohl. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 13. 1907.)

13) *Der gonorrhoische Nachkatarrh;* von Orlowsky. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLI. 11. p. 542. 1908.)

14) *Infection by the gonococcus;* by Pndersen. Post-Graduate XXI. 6. p. 540. 1906.)

15) *Klinische Studien über den Gonococcus;* von Picker. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 13. 1908.)

16) *Gonorrhoea in women;* by Stnne. (New York med. Record LXXI. 17; April 27. 1907.)

17) *Umfrage über Begriff und Behandlung der chronischen Gonorrhöe.* Antworten von: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Neisser in Breslau; Dr. M. Juliusberg in Frankfurt a. M.; Dr. Fr. Nagelschmidt in Berlin; Prof. Dr. Scholz in Königsberg; Dr. J. F. Crippa in Linz u. Bad Hall. (Med. Klinik III. 21. 22. 1907.)

18) *Zur Statistik des Trippers beim Manne und seine Folgen für die Ehefrauen;* von Vörner. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 5. 1907.)

Auf die früher (Jahrbb. CCLCVIII. p. 76) schon erwähnte Umfrage über Begriff und Behandlung der chronischen Gonorrhöe, in der die Redaktion der *Medicinischen Klinik* zwei Fragen zur Beantwortung stellt (s. oben l. c.), liegen noch einige Antworten (17) vor. Neisser bezeichnet als chronische Gonorrhöe nur die Fälle, in denen noch Gonokokken vorhanden sind. Da bekanntlich diese und die postgonorrhoischen, nicht mehr contagiösen Harnröhrenerkrankungen *klinisch* keinerlei Unterscheidungsmerkmale aufweisen, so ist es Sache des Arztes durch mikroskopische Untersuchung und Culturverfahren diese Erkrankungen zu sondern und vor Allem beim Nachweise der Gonokokken den Krankheitherd auf das Genaueste zu bestimmen und die Gonokokken mit allen Mitteln zu bekämpfen. Bei den mit Sicherheit als gonokokkenfrei erkannten Katarrhen nimmt Neisser nur bei Vorhandensein bestimmter objektiver oder subjektiver Krankheitserscheinungen (so z. B. stets bei Erkrankung der Prostata oder der Samenblasen) eine Behandlung vor, während er das Gros der Fälle von chronischen Katarrhen für ungefährlich und nicht der Behandlung für bedürftig erklärt. Juliusberg's Definition ist im Wesentlichen dieselbe, auf die Einzelheiten der Behandlung geht er etwas näher ein, in Anbetracht ihres Zweckes, die Gonokokken zu tödten, sind die entsprechenden

Mittel, am besten die Silbersalze, hierzu zu wählen, ferner ist auf vorhandene Complikationen zu achten. Nagelschmidt dagegen hält es nicht für möglich, eine Grenze zwischen chronischer Gonorrhöe und postgonorrhoischem Katarrh zu ziehen, und rechnet alle Fälle zur chronischen Gonorrhöe, in denen zu irgend einer Zeit ihres Bestehens Gonokokken als Ursache der Erkrankung der Harnröhre oder ihrer Adnexe nachzuweisen waren. Für die Behandlung räth er bei Vorhandensein von Gonokokken besonders zur Anwendung von Hitze. Ebenso wie die beiden ersten Autoren unterscheidet auch Scholtz zwischen chronischer Gonorrhöe und postgonorrhoischer chronischer Urethritis, je nach dem Gonokokkennachweise. Auch sonst decken sich seine Ansichten mit denen Neisser's, ebenso wie dieser legt er den Hauptwerth auf die Behandlung und Heilung des akuten Trippers. Nach Crippa ist unter einer chronischen Gonorrhöe eine über längere Zeit dauernde und von wenig starken Erscheinungen begleitete Harnröhrenentzündung zu verstehen, die ihre Entstehung dem Gonococcus verdankt. Für die Behandlung giebt er ein nach den verschiedenen Lokalisationen zusammengestelltes Schema an.

Aus der dasselbe Thema behandelnden Arbeit von Nobl (12) ist hervorzuheben, dass N. einigen diagnostischen Verfahren, wie der Sonden- und digitalen Exploration, sowie der Urethroskopie geringere Bedeutung beimisst, dagegen die mikroskopische Sekretanalyse hoch bewerthet. Er hält einen gewissen Leukocytengehalt der Filamente, vorausgesetzt, dass man sich durch genaueste Untersuchung, auch nach vorausgegangener provokatorischer Injektion und Dilatation von dem Fehlen der Gonokokken überzeugt hat, für unschädlich und belanglos. Ihre Bedeutung ist vielfach dadurch übertrieben worden, dass man von den pathogenen Fähigkeiten der Bakteriengemische, die sich auf dem durch die Gonorrhöe präparirten Boden ansiedeln, eine falsche Vorstellung hatte.

Auch Pieker (15) giebt eine Erklärung des Wesens der chronischen Gonorrhöe: Während im akuten Stadium die Gonokokken in das subepitheliale Bindegewebe der Harnröhre und ihrer Drüsen eingedrungen und durch die natürlichen Heilkräfte des Körpers (Leukocyten, Umkehrung des Saftstromes, antibakterische Substanzen) auf das bedeckende Epithel zurückgeschafft waren, stagniren bei der chronischen Gonorrhöe die Gonokokken in den Verästelungen der Drüsengänge und in der Harnröhre, wobei sie zum Theil durch den Urinstrahl hinausgeschafft werden. Die Behandlung soll eine Nachahmung der Naturheilung sein, nämlich Entleerung der Drüsen durch Massage und Spülung, nachdem der Sitz des Gonokokkenherdes festgestellt ist. Nach den Resultaten der Behandlung stellt P. 4 Stadien der Heilung auf.

Podersen (14) bespricht ausser der Behandlung der uncomplicirten Gonorrhöe des Mannes die wichtigsten lokalen Complikntionen, deren Zahl er im Ganzen auf über 20 angiebt.

Orlowsky (13) trennt von den im Gefolge des Trippers auftretendon katarrhalischen Erkrankungen 2 Formen ab, für die eine anatomische Ursache nicht zu finden ist. Die 1. Form äussert sich entweder als „schleimig-epithelialer Katarrh" (Finger's Pseudogonorrhöe) oder als „schleimiger Katarrh", der oft nach Excessen auftritt, für den Patienten aber bedeutungslos ist und therapeutisch sich nicht beeinflussen lässt. Bei dem schleimigen epithelialen Katarrh wandte O. Jodtinkturpinselungen der Harnröhre an. Die 2. Form ist rein eiteriger Natur, als ihre Ursache wird eine örtliche Disposition durch gehäufte Provokationreize bezeichnet, die Behandlung ist als aussichtlos anzusehen.

Löwenheim (11) theilt 6 Beobachtungen mit, wobei bei Ehemännern durch die Frauen nach der Entbindung eine Gonorrhöeinfektion erfolgte, während das vorher nicht geschehen war. Die Gonorrhöe der Frauen hatte sich wohl in einem Latenzstadium befunden und war erst durch den Partus wieder aufgeflammt. Diese Beobachtungen bestätigt auch Edgar (10), der in der Schwangerschaft die Gonorrhöen nur ganz unbedeutende Erscheinungen machen, nach der Entbindung aber in einem Falle eine tödtliche Pelveoperitonitis eintreten sah. Auch Boldt (8), Stone (16) und Coe (9) beschreiben die gewöhnlichen Erscheinungsformen der weiblichen Gonorrhöe, Boldt besonders die Behandlung der erkrankten weiblichen Harnröhre mit Injektionen starker organischer Silberlösungen, Coe die der gonorrhoischen Adnexerkrankungen, bei denen sehr wohl durch palliative Maassnahmen eine Resorption des Eiters möglich ist, wenn auch eine restitutio in integrum nicht wieder eintritt.

Zu den hier (Jahrbb. CCf.XVIIf. p. 79) schon erwähnten Statistiken Erb's über die Häufigkeit des Trippers wenden Blaschko (7) und Vörner (18) ein, dass die Angaben zu niedrig sein müssten, da Erb die Aussagen der Patienten über überstandene Geschlechtskrankheiten als Grundlage seiner Statistik benutzte, die oft (absichtlich oder unabsichtlich) falsch seien, was Vörner durch Anführung einiger Beispiele beweist, die er bei gebildeten Patienten erlebte. Ausserdem entstammt das Material Erb's meist den besseren Kreisen, in denen die venerischen Krankheiten im Ganzen selten sind. Dagegen misst Blaschko den Erb'schen Zahlen als *Minimalzahlen* einen wirklichen Werth bei.

III. Complikationen.

19) *Ein Fall von gonorrhoischer Miterkrankung eines Kehlkopfgelenkes;* von Bloch. (Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 16. 1908.)

20) *Ueber Gonokokkensepsis der Neugeborenen;* von Brehmer. (Deutsche med. Wchnschr. XXXI. 2. 1905.)

21) *Gonococcal infection of the kidney;* by Cabot. (Post-Graduate XXI. 6. p. 559. 1906.)

22) *Sur l'ostéopériostose hyperthrophiante, blennorragique des grands os des membres;* par Durand et Nicolas. (Lyon méd. XXXIX. 43. p. 694. 1907.)

23) *Gonococcal infection of the seminal vesicles;* by Fuller. (Post-Graduate XXI. 6. p. 550. 1906.)

24) *Report of a case of gonorrhoea of the mouth;* by Hyman. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXV. 4. p. 169. 1907.)

25) *Beitrag zur Casuistik der akuten gonorrhoischen parenchymatösen Prostatitis;* von Jordan. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXXV. 23. p. 425. 1906.)

26) *Ueber maligne Blennorrhöe der Neugeborenen;* von Naumann. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 50. 1907.)

27) *Ueber Phosphaturie bei Gonorrhöe;* von Oppenheim. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 26. 1907.) — *Weiterer Beitrag zur Frage der Phosphaturie bei Gonorrhöe;* von Oppenheim. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 48. 1907.)

28) *Neuritis nach Gonorrhöe;* von Pickenbach. (Med. Klinik III. 27. 1907.)

29) *Meningitis gonorrhoica;* door Rombach. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. XII. 19. p. 1262. 1907.)

30) *Etiological factors of gonorrhoeal arthritis;* by Shmith. (Interstate med. Journ. XIV. 6. p. 532. 1907.)

31) *Beiträge zur Pathologie und Therapie der gonorrhoischen Pyelitis;* von Sellei u. Unterberg. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 35. 1907.)

32) *Ein Fall von gonorrhoischer Allgemeininfektion;* von Siebelt. (Med. Klinik III. 1. 1907.)

33) *Gonorrhoeal infection of joints;* by Taylor. (Post-Gradnate XXI. 6. p. 548. 1906.)

34) *Gonorrhoeal epididymitis. A study of 264 cases;* by Uhle and Mackinney. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXV. 8. p. 348. 1907.)

35) *Gonococcal infection, in reference to the eye;* by Valk. (Post-Graduate XXI. 6. p. 553. 1906.)

36) *A brief study of the prostate with reference to the curability of gonorrhoea;* by Wolbarst. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 10. p. 439. 1908.)

Die häufigste Complikation des Trippers, die Nebenhodenentzündung, fand sich nach Uhle und Mackinney's (34) Angaben in ca. 16% aller Tripperfälle; nach Angaben anderer Autoren in 18—19%. Allerdings gelten diese hohen Zahlen nur für die Spitalpraxis, es wurden nusserdem die Recidivfälle mehrfach gerechnet, der Eintritt der Erkrankung fiel meist in die ersten 8 Wochen nach der Infektion. Nach den von U. u. M. angeführten Statistiken waren bei Weitem die meisten Epididymitiskranken gar nicht oder nur intern behandelt worden, so dass die lokale Behandlung im Allgemeinen nicht als häufige Ursache angesehen werden kann. Als Begleiterscheinung der Epididymitis fanden U. u. M. am häufigsten Spermatocystitis. Die Behandlung bestand im akuten Stadium in Applikation von Gujacolsalbe, später von Belladonna-Quecksilber-Ichthyolsalbe.

Wolbarst (36) fand bei recidivirenden und als unheilbar betrachteten Gonorrhöen stets den Sitz der Erkrankung in der Prostata, bei positivem Gonokokkenbefund. Er verlangt, dass die Erklärung der Heilung, eventuell die Ertheilung des Eheconsenses von einer mindestens 6maligen Untersuchung des Prostatasekretes abhängig gemacht werde.

Eine wesentlich seltenere Complikation des Trippers ist die akute paranchymatöse Prostatitis (Prostataabscess), die Jordan (25) nur in 3.7% seiner Gonorrhöefälle sah. Unter diesen verliefen im ganzen nur 4 unter schwereren Erscheinungen, aber mit günstigem Ausgange: ein Pat. litt sogar 4mal an spontan perforirenden Prostataabscessen. Als seltene Erscheinung erwähnt J. das Auftreten der Prostatitis nach Janet'schen Spülungen. Das auffallendste Symptom ist akute aber bald vorübergehende Harnverhaltung. Die Behandlung muss bei Eintreten von Fluktuation natürlich in der Operation bestehen, aber auch ohne Fluktuation hält J. eine Incision für angezeigt, wenn es innerhalb 10 Tagen nicht zur spontanen Eröffnung des Abscesses gekommen ist.

Fuller (23) bezeichnet die gonorrhoische Erkrankung der Samenblasen als ziemlich häufig: In einzelnen Fällen behandelte er sie mit Incision vom Perinaeum aus und Excochleation. Merkwürdigerweise konnte er auch bei Patienten, die an gonorrhoischen Gelenkerkrankungen litten und bei denen er meist eine Spermatocystitis fand, durch die Operation eine Besserung der Gelenkaffektion erzielen.

Ueber die gonorrhoische Pyelitis machen Sellei und Unterberg (31) einige Mittheilungen; sie fanden bei den an Gonorrhöe leidenden Patienten mit Hülfe des Ureterenkatheterismus, dass die Erkrankung des Nierenbeckens theils durch reine Gonokokkeninfektionen, theils durch Mischinfektion mit oder ohne Vorhandensein von Gonokokken offenbar auf direktem Wege entstanden war. Die Behandlung bestand in Darreichung interner Mittel oder Waschungen des Nierenbeckens durch den Ureterenkatheter mit Borwasser, Argentum nitricum (1 : 1000) und Collargol-Lösungen (1—2proc.).

Auch Cabot (2t) berichtet über einen Fall von Pyelitis bei einem Patienten, der 10 Jahre vorher einen Blasenstein und 6 Jahre vorher einen Tripper gehabt hatte. Auch hier wurden durch den Ureterenkatheterismus Gonokokken nachgewiesen und zuerst Waschungen des Nierenbeckens vorgenommen, in deren Verlaufe sich das Vorhandensein eines Nierensteines herausstellte. Bei der daraufhin vorgenommenen Operation fanden sich 6 Steine.

Die beiden Arbeiten von Oppenheim (27) enthalten den Bericht über Untersuchungen über das Zustandekommen der Phosphaturie bei Gonorrhöe. Auf Grund seiner Beobachtung, dass bei der Zweigläserprobe die beiden Urinportionen oft Verschiedenheiten in der Stärke der Trübung aufweisen, kam O. zu der Ansicht, dass die bisher zur Erklärung der Phosphaturie aufgestellten Theorien (Sekretionsneurose der Nieren als Theilerscheinung allgemeiner Neurasthenie oder reflektorischer Reiz auf die Nieren durch peripherische Erkrankungen des Urogenitalapparates) nicht zutreffend seien, da durch sie eben diese Trübungsdifferenz keine Erklärung fände. Dagegen konnte er beobachten, dass in neutralem klaren Urin durch Zusatz des alkalischen Prostatasekretes desselben Pat. eine Ausfällung der Phosphate stattfand. Er kommt zu

Digitized by Google

dem Ergebniss, dass die alkalischen Sekrete der erkrankten Harnröhrenschleimhaut und der Drüsen, also besonders der Prostata, den an sich schon durch die Enthaltung von sauren Speisen schwach sauren oder neutralen Urin soweit alkalisch zu machen im Stande sind, dass die Phosphate ausfallen. Die weiteren Untersuchungen O.'s gingen dahin, die von Sendtner, Panek, Soetbeer und Tobler festgestellte Vermehrung der Kalkausscheidung im Phosphaturin und deren Beziehung zur Phosphaturie zu prüfen. Er konnte diese Ergebnisse nicht bestätigen, denn bei seinen 10 untersuchten Kr. fand sich kein wesentlicher Unterschied im Mengenverhältniss der mineralischen Stoffe zwischen normalem und Phosphatharn.

Ueber Fälle von ungewöhnlicher Lokalisation des gonorrhoischen Processes berichten Hyman (24), der bei einem 18jähr. Mädchen eine schmerzhafte entzündliche Schwellung der Mundschleimhaut und Zunge mit membranartiger gonokokkenhaltiger Auflagerung auf den hinteren Gaumenpartien sah, ohne dass Gonorrhöe der Genitalorgane vorhanden war, und Bloch (19), der bei einem an akuter Gonorrhöe und gonorrhoischer Arthritis erkrankten jungen Manne in der Gegend des Cricoarythaenoidgelenkes einen von diffusem Infiltrate umgebenen, ebenfalls akut entzündlichen kugeligen Tumor fand und ihn mit Rücksicht auf die übrigen vorhandenen Veränderungen als gonorrhoischer Natur anspricht.

Shmith (30) und Taylor (33) sprechen beide kurz über die gonorrhoische Arthritis, vor Allem über die Umstände, die das Zustandekommen der Erkrankung in den einzelnen Gelenken begünstigen können.

Durand und Nicolas (22) theilen 2 Fälle mit, in denen sich im Anschluss an gonorrhoische Kniegelenkerkrankungen in einem Falle eine derbe schmerzhafte Geschwulst ober- und unterhalb des Gelenkes in der Umgebung der Knochen bildete und eine Osteoperiostitis vortäuschte, die jedoch nach dem Röntgenbild nicht vorhanden war, während im anderen Falle ein ähnlicher Tumor sich als der Diaphyse des Femur angehörig erwies. Einen Beitrag zu den seltenen gonorrhoischen Neuritisformen liefert Pickenbach (28) durch die Beschreibung eines Falles, in dem bei einem Manne im Verlaufe des dritten Trippers zuerst in den NN. ischiadicus und peronaeus, später auch in den andern Nerven der Beine heftige Neuralgien mit Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit und Atrophie der Muskeln auftraten.

Ebenfalls eine schwere Complikation der Gonorrhöe beschreibt Rombach (29) in Gestalt einer von intermittirendem Fieber und schwersten Allgemeinerscheinungen begleiteten Meningitis spin. gonorrh., deren Diagnose erst, nachdem der vorhandene Tripper bemerkt war, durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt wurde. Auch Siebelt (32) beobachtete bei einem Gonorrhoiker schwerste Allgemeinerscheinungen in Folge zweier gonokokkenhaltiger Abscesse am Oberarm und Oberschenkel.

Valk (35) bespricht die Ophthalmoblenorrhöe der Neugeborenen und die Resultate ihrer Behandlung. Naumann (26) theilt eine Beobachtung mit, bei der die gonorrhoische Erkrankung der Augen des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt und nicht, wie gewöhnlich, nach 3 Tagen auftrat, und erklärt derartige Fälle mit frühzeitigem Blasensprung und Eintritt der Infektion schon vor der Entbindung. Brehmer (20) sah eine gonorrhoische Allgemeininfektion nach Ophthalmoblenorrhöe trotz der Behandlung eintreten, nach 14 Tagen erfolgte der Tod. Bei der Sektion fanden sich im Eiter eines Ellenbogengelenkes Gonokokken.

IV. Behandlung.

37) *The prevention of epididymitis;* by Belfield. (New York a. Philad med. Journ. LXXXIV. 21. p. 1013. Nov. 29. 1906.)

38) *Einiges zur Frage der Behandlung der männlichen akuten Gonorrhöe;* von Borzęcki. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. LXXXIV. 1—3. Festschr. f. Neisser I. p. 121. 1907.)

39) *Diagnostisches und Therapeutisches auf dermatologisch-venerischem Gebiete;* von Buraczynski. (Allg. militär-ärztl. Ztg. Beil. z. Wien. med. Presse Nr. 26. 1907.)

40) *Gonorrhoeal urethritis;* by Croftan. (Clin. Therapeutics 1906. Sond.-Abdr.)

41) *Treatment of chronic urethral discharges;* by Gans. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXV. 4. p. 156. 1907.)

42) *Zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe;* von Lion. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. LXXXIV. 1—3. Festschr. f. Neisser I. p. 387. 1907.)

43) *Zur Aspirationstherapie gonorrhoischer Urethritiden;* von Meyor. (Dermatol. Ztschr. XIII. 8. p. 566. 1906.)

44) *Ueber Erfahrungen mit der antiseptischen Gonorrhöe-Therapie in der Praxis;* von Neisser in Beuthen. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. LXXXIV. 1—3. Festschr. f. Neisser I. p. 459. 1907.)

45) *Ueber eine combinierte Methode der akuten Gonorrhöebehandlung mittels Kalium permanganicum- und Argentum nitricum-Spülungen;* von Orlowsky. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 3. p. 140. 1908.)

46) *Erfolgreiche Abortivbehandlung der Gonorrhöe;* von Polland. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 6. 1908.)

47) *Beitrag zur Abortivbehandlung der Blennorrhoea urethrae;* von Regenspurgor. (Med. Klin. IV. 8. 1908.)

48) *Ueber antiperistaltische Bewegung des Vas deferens und die Behandlung der akuten gonorrhoischen Urethritis posterior;* von Schindler. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. LXXXIV. 1—3. Festschr. f. Neisser II. p. 85. 1907.

49) *Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica mit Punktion;* von Schindler. (Dermatol. Ztschr. XV. 6. p. 345. 1908.)

50) *Gonorrhöetherapie und Gonokokkennachweis;* von Stein. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 3. 1908.)

51) *Die Aspirationsbehandlung der chronischen Gonorrhöe;* von Strehel. (Dermatol. Ztschr. XIII. 6. p. 409. 1906.)

52) *An improved treatment of gonorrhoeal arthritis (so-called gonorrhoeal rheumatism);* by Titus. (New York med. Record LXXIV. 4 p. 143. 1908.)

53) *Die Bedeutung der Geschlechtsfunktion in der Therapie der Gonorrhöe beim Manne;* von Tauffer. (Arch. f. Dermatol. u. Syphil. LXXXIV. 1—3. Festschr. f. Neisser II. p. 167. 1907.)

54) *Die elektrische Behandlung der Genitalerkrankungen;* von Winkler. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 3. p. 119. 1908.)

Das Ideal der Gonorrhöebehandlung besteht ohne Zweifel darin, die bei der Infektion eingedrungenen Gonokokken möglichst bald und dauernd zu entfernen oder abzutödten, also ein abortives Verfahren. Leider haben die bisher angegebenen Abortiv-Methoden zur Zeit keine allgemeine Anerkennung gefunden. *Ein* Grund hierfür waren die oft sehr bedeutenden und langandauernden Reizungskatarrhe der Harnröhre, die vor Allem bei Anwendung von Argentum nitricum auftraten, ein anderer Grund, der zwar nicht gegen das Abortivverfahren an sich spricht, der seine

Anwendung jedoch wesentlich einschränkt, besteht darin, dass es wegen des raschen Wachsthums des Gonococcus nur sehr frühzeitig nach der Infektion, — die Angaben lauten: bis zum 4., eventuell sogar 8. Tage — Erfolg verspricht und im Allgemeinen nur für Erstlingstripper als verwendbar gilt. Ferner dürfen natürlich keine stärkeren Entzündungserscheinungen und nicht irgend welche Complikationen vorhanden sein. Zur Vermeidung des erwähnten Reizkatarrhes benutzte Lion (42) schwächere als die üblichen Lösungen, nämlich $^3/_4$proc. Protargol, in Form Janet'scher Spülungen täglich 1- bis 2mal und konnte in 17 von 25 Fällen die Krankheit koupiren.

Eine sehr einfache Abortivmethode wandte Polland (46) an: er liess bei einem Pat. am 3. und 4. Tage je 1mal eine 4proc., bei einem zweiten Pat. 2mal eine 5proc. Protargollösung mit der Tripperspritze injiciren, wodurch in beiden Fällen Heilung erfolgte. Regenspurger's (47) Behandlung bestand in täglich einmaligen Injektionen 5—15proc. Novarganlösung, die 5—15 Min. einwirken musste. Er hat von 150 so behandelten Pat. 78 nach 8 bis 20 Tagen geheilt, bei 13 traten Complikationen dazu.

Orlowsky (45) übt die folgende Behandlung aus: Kalium permanganicum-Spülungen mit Janet'scher Spritze zuerst der vorderen Harnröhre, dann, nachdem Cocainlösung eingespritzt ist, der ganzen Harnröhre und Blase, bis die Gonokokken aus dem Ausfluss verschwunden sind und der Urin klar ist. Dann folgen Argentum nitricum-Spülungen in steigender Concentration (1:2000—1:500), die oft sehr starke Reizerscheinungen und Harnverhaltung machen, so dass O. dem Pat. gleich einen Katheter mitgiebt! O. giebt als durchschnittliche Heilungsdauer 2—3 Wochen an.

Borzęcki (38) spricht im Allgemeinen über die Tripperbehandlung. Seine Schlussfolgerungen decken sich mit dem zur Zeit überall Geltenden, höchstens ist zu erwähnen, dass ihm der frühzeitige Beginn der lokalen Behandlung nur in Fällen, in denen jegliche entzündliche Reizerscheinungen fehlen, angebracht erscheint, und dass er bei anfangs eingeleiteter innerer Behandlung nie, dagegen bei frühzeitiger lokaler Behandlung öfter üble Folgen für den Patienten sah.

Neisser (44) theilt aus seinem Krankenmaterial seine Erfahrungen mit antiseptischen Injektionsmitteln (Protargol, Argonin, Argentamin, Argentum nitricum) mit, er ist überzeugt, dass durch frühzeitige Anwendung der Silbersalze der Procentsatz der Trippercomplikationen erheblich herabgesetzt werden kann.

Croftan (40) und Buraczynski (39) empfehlen beide das Protargol als das beste Gonorrhöemittel, Ersterer lässt es in sehr schwachen, allmählich in der Concentration ansteigenden Lösungen 4mal am Tage und 2mal Nachts injiciren, während Letzterer nach vorausgegangener Behandlung der akutesten Erscheinungen 1—2proc. Lösungen vorordnet.

Tauffer (53) hält, obwohl er von der Schädlichkeit der Ejakulation beim akuten Trippen überzeugt ist, doch in chronischen Fällen eine Entleerung der Geschlechtsdrüsen für vortheilhaft. Er suchte bei seinen Patienten lokale Maassnahmen stets möglichst kurz nach einem Coitus auszuführen und fand dabei eine grössere Wirksamkeit der Spülungen und Instillationen.

Schindler (48) vertritt gegenüber dem Finger'schen Standpunkt die Ansicht Neisser's, dass die lokale Behandlung bei akuter Urethritis posterior und Epididymitis nicht verboten sei. Antiperistaltische Bewegungen des Vas deferens liessen sich nur bei direkter Reizung des Folliculus seminalis auslösen und auch dann nur, wenn dieser entzündlich verändert sei. Es darf daher der Guyon'sche Katheter nie zu tief eingeführt werden, um eine Berührung zu vermeiden. Die Spülungen müssten genügende baktericide Kraft besitzen.

Die Arbeit Stein's (50) zerfällt in zwei Abschnitte: Der erste enthält die Resultate einer klinischen Prüfung der verschiedenen gebräuchlichen Gonorrhöemittel, bei der sich ergab, dass die innere Therapie allein höchst selten zur Heilung führt, dass für die lokale Behandlung im akuten Stadium die Adstringentien verboten sind und dass die wirksamsten Mittel sind: Protargol und Argonin bei Vorhandensein von Gonokokken, nach deren Verschwinden Ichthargan, Albargin, Argentamin. Auch St. hält eine Lokalbehandlung bei Urethritis posterior für zulässig. Der zweite Theil ist bakteriologischen Untersuchungen gewidmet, als deren Ergebnisse St. hervorhebt, dass die Gonokokken in ihren Krankheitprodukten cultureil länger als mikroskopisch nachweisbar sind, dass sie im stärker concentrirten Harne schneller aus den Filamenten verschwinden und die Auflösung der Fäden im Urin durch einen Verdauungsprocess bedingt ist, der die eiterigen Fäden eher befällt als die aus Epithelien bestehenden.

Gans (41) erörtert die verschiedenen Methoden der Behandlung der chronischen Urethritis.

Strehel (51) beschreibt kurz einen Apparat, mit dem durch Saugwirkung eine bessere Entfernung des Sekretes der Harnröhrendrüsen erzielt werden soll als mit Spülungen. Er besteht aus einem einfachen, vielfach gelochten Metallrohr mit geschlossenem Ende, durch das mit einer Saugspritze nach luftdichtem Abschluss am Orificium durch Druck der Hand eine Aspiration auf die Harnröhrenschleimhaut ausgeübt werden kann. In ähnlicher Weise geht Meyer (43) vor, nur dass er eine Anzahl verschiedener gerader und gebogener Tuben construirt hat, deren distale Oeffnungen unter endoskopischer Controle auf die erkrankten Partien eingestellt werden und die ausserdem noch zum Zwecke gleichzeitiger Spülung mit dem Schlauche eines Irrigators verbunden werden können.

Winkler (54) hat eine bisher wenig verwandte Methode zur Behandlung des Trippers herangezogen, nämlich die Elektrotherapie. Bei akuter Gonorrhöe suchte er durch elektrolytische Einführung des Silberions eine sicherere Tiefenwirkung zu erzielen. Er führte täglich

einen an den positiven Pol angeschlossenen Silberstab in die Harnröhre ein. Mitunter wurde dieser noch mit Watte umwickelt, die mit 1proc. Silbernitratlösung getränkt war. Bei chronischen Formen wurde statt dessen ein Kupferstab benutzt. Jede Sitzung dauerte 20—30 Minuten, zum Schluss ist es nöthig, zur Entfernung der sekundären elektrolytischen Produkte die Harnröhre gut zu spülen. Für die Behandlung der Prostatitis empfiehlt W. die Faradisation, bei Epididymitis im akuten Stadium die Franklinisation und Hochfrequenzbehandlung, im chronischen Stadium dagegen Galvanisation oder elektrolytische Chinin-Einführung. Durch die letzte Methode liessen sich auch bei gonorrhoischer Arthritis in zwei Sitzungen Schwellung und Schmerzen beseitigen. Endlich versuchte W. noch bei Cervixkatarrhen die elektrolytische Einführung des Kupfers mit gutem Erfolge.

Schindler (49) theilt 3 weitere Fälle mit, in denen er Kranke mit akuter, sehr schmerzhafter und von Fieber begleiteter Epididymitis mittels Punktion in wenigen Tagen fieber- und schmerzfrei machen konnte. Er begnügte sich jedesmal mit nur einem Punktionstich in der Gegend der Cauda und benutzte kurze und nicht zu starke Nadeln, da ihm die Wirkung weniger von einer Eiterentleerung, als vielmehr von einer Entspannung der Gewebe in Folge der Schlitzung der Tunica communis und propria der Cauda abzuhängen schien. Belfield (37) suchte den Ausbruch beginnender Epididymitis durch Argentumeinspritzungen in den Ductus deferens nach der proximalen Seite, also nach den Samenblasen hin, zu verhindern. Der Ductus wurde im Scrotum nach Spannung und Incision der Haut aufgesucht, die Wunde später genäht. Aehnlich wie Fuller (s. oben 23) gonorrhoische Arthritiden durch Entfernung der Gonokokken aus den Samenblasen beeinflussen konnte, versuchte auch Titus (52) durch Anwendung des elektrischen Stromes die in der Prostata vorhandenen Gonokokken abzutödten, um damit eine Besserung der Gelenkerkrankungen zu erzielen.

55) *Ueber Santyl als Antigonorrhoicum;* von Bosellini. (Gazz. degli Osped. e delle Clin. Sept. 1907.)

56) *Die moderne Therapie der Gonorrhöe;* von Boss. (Deutsche Med.-Ztg. LXXVI. 46. 1907.)

57) *Ueber den Werth des Santyls als Antigonorrhoicum;* von Cavalleri. (Giorn. intern. dello Sc. med. Nr. 10. 1908.)

58) *Ueber den prophylaktischen Einfluss des Gonosans auf die Complikationen der Gonorrhöe;* von Dnvid. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 13. p. 183. 1908.)

59) *Ueber den therapeutischen Werth des Urogosans bei Urethrocystitis;* von Deutsch. (Wien. klin. Rundschau XXI. 28. 1907.)

60) *Arhovin als internes Antigonorrhoicum bei der Gonorrhöe des Mannes;* von Droysel. (Fortschr. d. Med. XXVI. 4. 1908.)

61) *Ueber Behandlung des Trippers mit Gonosan;* von Geissler. (Reichs-Med.-Anzeiger Nr. 2. 1908.)

62) *Beitrag zur Bewerthung der Gonosantherapie;* von Haedicke. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 2. 1908.)

63) *Ueber den Werth des Santyls in der Behandlung der Gonorrhöe;* von Kanitz. (Therap. Monatsh. Oct. 1907.)

64) *Ein Beitrag zur internen Arhorinbehandlung bei der akuten und chronischen Gonorrhöe des Mannes;* von Knauth. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 16. 1908.)

65) *The internal treatment of obstinate gonorrheal cystitis;* by Kromeyer and Lewitt. (Folia Therapeut. II. 3. p. 81. 1908.)

66) *Some points in the internal treatment of gonorrhoea;* by de Meric. (Edinb. med. Journ. LXII. 6. p. 530. 1906.)

67) *Ueber Gonosan;* von Piorkowsky. (Med. Klinik III. 44. 1907.)

Ueber die internen Antigonorrhoica erscheinen noch immer zahlreiche, meist casuistische Mittheilungen, obwohl die Ansichten über ihren Werth kaum irgendwie auseinandergehen. Vom Gonosan ist seine symptomatische Wirkung auf die schmerzhaften Begleiterscheinungen des Trippers und seine sekretionbeschränkende Fähigkeit als festgestellt zu betrachten. Dank Neisser's und seiner Schüler energischer Betonung ihrer Ansichten wird kaum noch eine Heilung *ohne* lokale Behandlung für möglich hingestellt, nur David (58), der vor Allem die prophylaktische Wirkung des Gonosans gegen Prostatitis, Cystitis und Epididymitis hervorhebt, ist auf Grund einiger Beobachtungen der Ansicht, dass leichte Tripper durch alleinigen Gonosangebrauch *geheilt* werden können. Piorkowsky (67) hat die von Schindler und Siebert (vgl. Jahrbb. CCXCVIII. p. 77) angestellten Versuche nachgeprüft und, obwohl er durch etwas andere Ausführung thatsächlich in vitro eine gonokokkentötende Wirkung des Gonosans fand, empfiehlt er doch, sich in praxi hierauf nicht zu verlassen, sondern das Mittel nur zur Unterstützung der Lokaltherapie zu verwenden. Boss (56) stellt nochmals alle die guten Eigenschaften des Gonosan zusammen, die auch Neisser zugegeben hat (siehe oben l. c. p. 78), und erklärt nun Protargol *und* Gonosan für die besten Tripperheilmittel.

Die Verwendung des Urogosans (Deutsch [59]) entspricht seiner Zusammensetzung aus Urotropin und Gonosan, es ist also speciell bei Urethrocystitis angezeigt.

Ebenso kann auch das Santyl nur symptomatisch verwandt werden, seine Wirkung scheint die gleiche wie die des Gonosans zu sein, jedenfalls decken sich die Indikationen zum Gebrauche beider Mittel vollkommen. Neben ihnen wird ein drittes internes Antigonorrhoicum, das Arhovin, empfohlen. Dreysel (60) sah hiervon zufriedenstellende Wirkungen bei 58 Patienten bei gleichzeitiger Lokalbehandlung. Dagegen stellt sich Knauth (64) in direkten Gegensatz zur allgemein herrschenden Ansicht, denn er theilt mit, dass er im Garnisonlazareth in Würzburg alle akuten und chronischen Tripper nur mit Arhovin geheilt habe. „Die Tripperspritze ist von meiner Abtheilung verschwunden und wird hoffentlich nie mehr daselbst ihren Einzug halten."

68) *Die Präventivbehandlung der Gonorrhöe bei der Frau;* von Heinrich Loeh. (Ther. d. Gegenw. N. F. X. 6. p. 286. 1908.)

69) *The medical treatment of gonococcus infection in women;* by Mc Donnld. (Therap. Gaz. XXXII. 4. p. 232. 1908.)

70) *Zur Saugbehandlung der Cervixgonorrhöe;* von Schattmann. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXVIII. 1. p. 105. 1907.)

Für die Behandlung der Gonorrhöe bei der Frau kommt nach Mc Donald's (69) Ausführungen ausser der direkten Applikation von Medikamenten auf die afficirten Partien vor Allem Reinlichkeit im Allgemeinen, ferner Ausschaltung aller etwa auf den Uterus wirkenden traumatischen Einwirkungen (Coitus, Schwangerschaft, Curettement u. s. w.) in Betracht, die eine Verbreitung von den bereits inficirten Partien aus begünstigen könnten. Eine neue Methode für die Behandlung der weiblichen Cervikalgonorrhöe hat Schattmann (70) bei einer Patientin ausgeführt, bei der vorher alle antiseptischen Maassnahmen ein Verschwinden der Gonokokken nicht erzielen konnten. Es wurde täglich durch ein eigens angefertigtes Glasspeculum $^3/_4$ Stunde lang immer für 5 Minuten die Cervix angesaugt und dann 3 Minuten pausirt, zum Schluss wurde der Cervikalkanal mit 10proc. Protargol ausgewischt und ein mit derselben Lösung getränkter Tampon eingelegt. Nach 4 Wochen war Heilung erfolgt. Das Verfahren wird als schmerzlos und als ambulatorisch verwendbar bezeichnet.

Loeb (68) theilt kurz zwei Fälle mit, in denen es ihm gelang, den Ausbruch eines Trippers bei zwei Ehefrauen, deren Männer an ganz frischem Tripper litten, dadurch zu verhindern, dass er 17, bez. 40 Stunden nach dem Coitus eine gründliche Desinfektion der Genitalien und Applikation von 5proc. Protargollösung in Harnröhre und Cervix vornahm. Gonokokken waren vor dieser Präventivbehandlung nicht vorhanden.

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

129. **Ueber Pyelitis bei Frauen und ihre Beziehungen zur Menstruation;** von Dr. E. Scheidemantel. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31. 1908.)

Akute typisch ablaufende Pyelitiden sind bei Frauen ziemlich häufig, werden aber nicht allenthalben genügend beachtet und sicherlich nicht immer erkannt. Beginn mit plötzlichem Fieber und Schmerzen, häufiger rechts als links. Der Harn enthält Eiter und Bakterien. Das Fieber bleibt 5—6 Tage hoch (Pneumoniecurve) und fällt dann kritisch oder lytisch ab. Meist erfolgt nach einigen fieberlosen Tagen ein leichter Rückfall, zuweilen auch noch ein zweiter. Nicht selten äussert sich der Rückfall an der zuerst gesunden Seite. Erreger der Entzündung ist am häufigsten das Bacterium coli. Infektion vom After her. Bei Bettruhe, milder Kost, reichlichem Trinken von Lindenblüthenthee, warmen Umschlägen erfolgt meist glatte Heilung. Uebergang in die chronische Pyelitis ist bei richtigem Verhalten augenscheinlich recht selten. Zuweilen muss man Narkotica anwenden. Urotropin, Salol sind meist entbehrlich, sie lange fortzugeben, hält Seh. für bedenklich.

Besonders interessant sind prämenstruale, 3 Tage vor der Blutung eintretende Pyelitisanfälle. Dabei ist der charakteristische Schmerz nicht an die Blutung gebunden, er kann auch der Zeit der Ovulation entsprechen. Es fügt sich diese Beobachtung gut den anderen neuerdings beschriebenen Fällen von prämenstruellem Fieber, d. h. eigenthümlicher Steigerung einer vorhandenen Krankheit durch die Menstruation an. Dippe.

130. **Neuere Behandlungsmethoden auf dem Gebiete der Gynäkologie;** von Dr. Ernst Runge. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 1. 1908.)

R. berichtet zunächst über die Bier'sche *Saugung.* Auf die Portio angewendet, könne man Cervixkatarrhe, Erosionen, vielleicht auch chronische Metritis oder Parametritis heilen; auch Corpuskatarrhe sollen heilen, wenn man dafür sorgt, dass die Cervikalhöhle instrumentell zum Klaffen gebracht wird. Allerdings beanspruchen alle diese Heilungen dieselbe Zeit wie mit anderen Methoden; dabei dauert jede Sitzung $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde! Besser zu verwenden ist die *Saugung* bei *Sekretstauungen* und *Fisteln* Laparotomirter, sowie bekanntlich bei *Mastitis,* eventuell in Verbindung mit Stichincisionen.

Die *Heissluftbehandlung* bewährt sich bei allen *chronischen* Krankheiten des Unterleibes: Entzündungen des Uterus, der Parametrien und Adnexe, chronischer Pelviperitonitis, chronischen Exsudaten, Hämatocelen; auch bei Adhäsionbildungen und Fisteln nach Laparotomie. Andererseits können akute Exsudate zur schnellen Einschmelzung gebracht und so zur operativen Behandlung vorbereitet werden. Verboten ist die Heissluftbehandlung bei allen akuten, mit Fieber einhergehenden Processen, ausgesprochenen Eiterungen, Tuberkulose des Bauchfelles oder der Genitalien, bei Herzfehlern. Die Erfolge (231 Fälle) sind recht gute, die Schmerzen lassen schnell nach, nur bei Tuberkulose des Bauchfelles tritt eine prompte Steigerung auf. Es sind bis 50 und mehr Sitzungen nöthig.

Die *Belastungstherapie* mittels Quecksilberkolpeurynter ist angezeigt bei allen chronischen Exsudaten und Entzündungen grösseren Umfanges im Becken, bei Retroflexion des graviden und fixirten Retroflexionen des nicht graviden Uterus. In letzterem Falle dauert allerdings die Behandlung mitunter 6—8 Wochen, aber man kann dann statt der Laparotomie mit der Alexander-Adams'schen Operation auskommen. Die Belastung wird jeden 2. Tag gemacht, 1 Stunde lang mit Quecksilber bis zu 1700 g. Schmerzen dürfen nicht empfunden werden. Sehr gut sind die Resultate ferner bei der chronischen Parametritis posterior.

Digitized by Google

Die *Vibrationsmassage* endlich ist von den Bauchdecken her von Nutzen bei chronischer Obstipation, auch bei chronischen Entzündungen der Beckenorgane, z. B. der Adnexe, bei schmerzhaften Laparotomienarben, Adhäsionen der Intestina an der Innenseite solcher Narben; allo 1—3 Tage 2—5 Minuten lang. *Per vaginam* darf man nur mit kleinen und langsameren Ausschlägen massiren, jeden 2. bis 3. Tag 1—3 Minuten. Die auf einem langen Stiel sitzende Massagekugel wird direkt auf die kranke Stelle aufgedrückt. Indicirt ist solche vaginale Vibrationmassage bei allen chronischen, nicht mit Fieber einhergehenden und nicht zu schmerzhaften Entzündungen der inneren Genitalien, besonders bei Parametritis und bei Oophoritis, weniger bei Hämatocelen, Exsudaten und Pyosalpingitiden; nutzlos war sie bei Infantilismus. Stoeckel empfahl die Vibrationmassage mittels besonderen Ansatzes bei Schwäche des Sphincter vesicae, besonders bei alten Frauen, allerdings mit wechselndem Erfolge. R. Klien (Leipzig).

131. **Bakteriologie und Prognose;** von Dr. W. Liepmann. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 22. 1908.)

Endlich scheint es sich zu verwirklichen, dass die bakteriologische Untersuchung dem Kliniker von praktischem Nutzen wird. L. hat eine sogen. *Dreitupferprobe* ausgearbeitet. Mit dem ersten Tupfer wird z. B. bei einer Radikaloperation wegen Uteruscarcinom das Carcinom abgetupft, mit dem zweiten wird die Bauchhöhle sofort nach ihrer Eröffnung (Controltupfer), mit dem dritten nochmals vor ihrem Verschluss ausgetupft. Jeder Tupfer wird zunächst in einer sterilen Petri-Schale aufbewahrt und kommt sodann möglichst bald in Bouillon. Ebendahin werden auch Stückchen vom exstirpirten Uterus, von den Drüsen, den Parametrien gebracht. Am anderen Tage sind die etwaigen Culturen angegangen: d. h. wir haben bereits 24 Stunden nach der Operation ein Bild des Keimgehaltes der Peritonäalhöhle. Aus fortgesetzten derartigen Untersuchungen wird es möglich sein, den vielfachen Varietäten des klinischen Bildes Laparotomirter näher zu kommen. Schon jetzt konnte L. auf Grund von 175 Fällen gewisse Typen aufstellen, und zwar: 1) *Reine Fälle, in denen alle 3 Tupfer u. s. w. steril blieben;* der Verlauf war stets fieberlos (auch nach einer $2^1/_1$stündigen Wertheim'schen Operation), *Winde* gingen bereits nach 24 Stunden ab. 2) *Anfänglich reine Fälle, am Schlusse der Operation keimhaltig.* Hier wurde eine Reaktion sowohl bezüglich der Temperatur, als auch des Darmes beobachtet. Winde gingen erst am 3. Tage ab, und mussten erst künstlich durch Physostigmin, Einlauf, Darmrohr hervorgerufen werden, besonders wenn sich Streptokokken gefunden hatten. 3) Führt L. 3 abdominale Carcinomoperationen an, deren jede einen lehrreichen Typus für sich bietet.

Im 1. Falle waren alle 3 Tupfer *steril* geblieben, ebenso die untersuchten Gewebepartikel (das ist bei Uteruscarcinom eine höchst seltene Ausnahme). Obwohl die Operation (s. o.) $2^1/_2$ Stunde dauerte und sich dabei ein Einbruch in das Carcinom ereignete, obwohl *nicht drainirt* wurde, war der Verlauf *reaktionlos*.

Im 2. Falle enthielt das Carcinom *Streptokokken;* es barst ferner eine streptokokkenhaltige Drüse, der Schlusstupfer enthielt ebenfalls Streptokokken; es wurde *nicht drainirt*, die Pat. *starb* am 5. Tage an Sepsis.

Der 3. Fall lag bakteriologisch ebenso, es wurde *aber drainirt*, Verlauf *reaktionlos*.

Bumm *drainirt* in Folge dessen seit einiger Zeit *in allen Fällen von abdominalen Carcinomoperationen* per vaginam und die Wirkung ist eine wesentliche Verringerung der Mortalität. Von 30 nicht Drainirten starben 13, davon 11 = *36.6*% an septischer Infektion. Von 23 Drainirten starben nur 4, davon 1 = *4.3* an Sepsis; in diesem Falle hatten Streptokokken auch in den Lymphspalten der Parametrien gesessen. Die principielle Einführung der von den Chirurgen stets viel mehr als von den Gynäkologen angewendeten Drainage bei der Wertheim'schen Operation ist also die Frucht der von L. angestellten bakteriologischen Untersuchungen. Es wird sich in Zukunft zeigen, was wir für andere Operationen für Schlüsse zu ziehen haben werden, z. B. für septische u. s. w., Adnexoperationen u. s. w. Ferner wird man zu einer Antwort auf die Frage gelangen, ob Thrombose, bez. Embolie und Infektion wirklich zusammengehören, wie das neuerdings immer mehr behauptet wird. Auch bezüglich der Darmparalyse und des Ileus nach Laparotomien wird man Aufklärung erwarten dürfen. Jedenfalls bedeuten die Untersuchungen an der Bumm'schen Klinik einen wichtigen Schritt vorwärts. R. Klien (Leipzig).

132. **Beitrag zur Kenntniss der bösartigen pigmentirten Geschwülste der Vulva;** von Hans Hinselmann in Kiel. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 34. 1908.)

H. fügt den 42 in der Literatur niedergelegten Fällen einen neuen hinzu. Bei einer 56jähr. Siebzehntgebärenden wurde ein solcher Tumor exstirpirt, die Frau erlag aber nach ca. 7 Monaten einem Lungenleiden, d. h. wahrscheinlich Lungenmetastasen. Es beträgt die Mortalität überhaupt nach radikalem Vorgehen, d. h. mit Exstirpation der Drüsen 75%, ohne diese 91%.

H. bespricht ausführlich die Histologie dieser Geschwulst und kommt zu dem Resultate, dass sie durch Wucherung der Chromatophoren *und* unpigmentirten fixen Bindegewebezellen entstanden, also kein Chromatophorom im Sinne Ribbert's ist. R. Klien (Leipzig).

133. **Zur Frage der Zerrung und spontanen Trennung des Uteruskörpers vom Collum uteri bei Uterusmyomen;** von G. Hedrén in Stockholm. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 1. p. 164. 1907.)

Die Zerrung des Uteruskörpers nach aufwärts durch grosse Fibroide, wobei die Cervix sich verlängert und verdünnt und in besonderen Fällen unter theilweiser Obliteration der Cervikalhöhle in einen soliden Strang sich umwandelt, ist nach den

spärlichen Mittheilungen in der Literatur ein ziemlich seltenes Vorkommniss.

H. bespricht kurz die wenigen Mittheilungen und berichtet über zwei eigene Beobachtungen.

In dem 1. Falle lag ein Fall von Uterusmyom mit Zerrung und Verlängerung der Cervix vor, wobei es an einer begrenzten Partie der letzteren zum Verschluss des Lumens des Cervikalkanals mit sekundärer Bildung einer Hämatometra gekommen war. Der Verschluss war jedoch nur durch eine feste Zusammenpressung der Wandungen des Cervikalkanals bedingt; zu einer wirklichen Obliteration war es noch nicht gekommen.

Eine solche bestand dagegen in dem 2. Falle. Hier hatte ein grosses Fibromyom die Cervix stark der Länge nach ausgezogen. Auf einer Strecke von $2^1/_2$ cm war im oberen Cervixdrittel der Cervikalkanal vollständig obliterirt; das Cervixgewebe war durch festes, nur einzelne glatte Muskelfasern enthaltendes Bindegewebe ersetzt. Die unteren 2 Drittel des verlängerten Halskanales waren durchgängig. Die vollständige Obliteration hatte zu einer Hämatometra in der erweiterten Corpushöhle und im obersten Abschnitte des Halskanales geführt.

Kamann (Magdeburg).

134. **Ueber die Bedeutung der Resectio uteri bei Myomen zur Erhaltung der Menstruation nach der Operation;** von K. Frankonstein. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 2. p. 477. 1907.)

In der Kieler Frauenklinik konnte durch hohe Absetzung des Uterus bei Myoma uteri in etwas über der Hälfte der Fälle die postoperative Menopause vermieden werden. Wenn auch die Erhaltung der Menstruation nicht immer von Dauer war, so blieb doch den Patienten selbst der Zusammenhang zwischen Operation und allmählich auftretender Menopause verborgen. Der Gedanke einer operativen Verstümmelung kam bei ihnen nicht auf. Selbst den Frauen, bei denen die Erhaltung der Menstruation nicht gelang, wurde ein wesentlicher Vortheil dadurch gewährt, dass bei über $^3/_4$ von ihnen die Ausfallerscheinungen vermieden werden konnten. Von den Frauen mit kleinem Uterusrest dagegen wurde fast die Hälfte von Ausfallerscheinungen befallen. Dieser Unterschied genügt, um die hohe Amputation zu empfehlen. Andererseits lässt die Berücksichtigung des primären Heilerfolges und der Dauerresultate keine Nachtheile der Uterusresektion erkennen.

Kamann (Magdeburg).

135. **A clinical and anatomical study of thirty cervical fibroids removed by abdominal hysterectomy;** by F. W. N. Haultain. (Edinb. med. Journ. p. 297. April 1907.)

Die im Gebärmutterhals entwickelten Fibromyome sind verhältnissmässig selten, man schätzt sie auf 5% aller Gebärmutterfibromyome. H. hat unter 260 Fällen von Hysterektomie wegen Fibromen 30mal den primären Sitz der Geschwulst an dieser Stelle gefunden. Für die Entwickelung dieser Geschwulst ist ihr anatomischer Ursprung von Wichtigkeit, ob sie von dem supra-, inter- oder intravaginalen Theil des Gebärmutterhalses ausgehen. Die 4 supravaginalen Geschwülste, die H. beobachtete, entwickelten sich mehr subperitoneal, 3 entsprangen von der hinteren Wand und wölbten sich in das Septum rectovaginale vor. Der Scheidentheil war nicht verändert, nur hoch hinauf unter die Schamfuge verlagert. In 6 Fällen entsprangen die Geschwülste gleichzeitig vom supravaginalen und intravaginalen Theil. Der äussere Muttermund war in seiner Form noch erhalten als kleine Hervorragung auf der Basis der Geschwulst mit einer kleinen Oeffnung. Diese Geschwülste, 2 von der vorderen, 4 von der hinteren Wand ausgehend, füllten eiförmig das Becken aus und verlagerten die Blase in die Bauchhöhle hinauf.

Der *ganze* Gebärmutterhals war 12mal betheiligt (8mal vordere, 4mal hintere Wand). Durch Verdünnung und Ausziehung der nicht ergriffenen Muttermundlippe war der äussere Muttermund sehr erweitert. Stets war das kleine Becken ausgefüllt.

Bei Entwickelung der Geschwulst in der vorderen Halswand, ist die retrouterine Bauchfelltasche erhalten, während bei Entwickelung in der hinteren Wand das Bauchfell über die Kuppe der Geschwulst gehoben wird. Bei Entwickelung der Geschwulst in der vorderen Wand wird das Bauchfell mit sammt der Blase stark nach der Bauchhöhle zu in die Höhe geschoben.

Die Hauptsymptome, die diese Geschwülste verursachen, sind Druckerscheinungen, vor Allem Beschwerden bei der Harnentleerung, besonders Harnverhaltung, anfänglich nur zur Zeit der Menstruation, später auch zu anderen Zeiten auftretend. Druck auf die Beckennerven ist nicht besonders häufig. Starke Blutungen sind nicht immer vorhanden, wahrscheinlich meist dann, wenn die Geschwulst sich unter die Schleimhaut entwickelt. Dann kann es auch zur Jauchung und Gangrän kommen.

Die Geschwülste lassen sich gewöhnlich leicht ausschälen, doch ist die Operation erschwert durch die Verlagerung der umgebenden Gewebe, die Nähe der Harnleiter und die Schwierigkeit, die stark verlagerten und gedehnten uterinen Arterien zu erkennen. Bei Geschwülsten, die vom supravaginalen Theil des Gebärmutterhalses ausgehen, kann die supravaginale Amputation der Gebärmutter ausgeführt werden, für alle übrigen Fälle kommt nur die gänzliche Entfernung der Gebärmutter in Betracht.

Da bei den nach hinten entwickelten Geschwülsten nach Abschälen von der anliegenden Mastdarmwand leicht eine Infektion mit Bacterium coli nachträglich eintritt, so hält H. es für rathsam dann, wenn eine Kapsel vorhanden ist, diese zu spalten, die Geschwulst aus der Kapsel zu schälen und die Höhle zu tamponiren. Das Geschwulstbett kann man erreichen nach vertikaler Spaltung des Gebärmutterkörpers.

Das gleichzeitige Vorkommen von grossen Fibromyomen des Gebärmutterkörpers und -halses ist selten; die Schwierigkeiten der operativen Ent-

fernung können aber in dem Fallo sehr steigen. Während H. bei der Hysterektomie wegen Fibromen des Gebärmutterkörpers wenig mehr als 1% Sterblichkeit hatte, verlor er von 30 Kr. nach Hysterektomie wegen Fibromyomen des Halses 3, dann 2 an Sepsis, wahrscheinlich durch Infektion vom Mastdarm aus. Die 3. Kr. erlag ebenfalls einer Sepsis, ausgehend von einem jauchenden Fibrom des Gebärmutterhalses. J. Praegor (Chemnitz).

136. **Sur la suppuration des fibromes de l'utérus;** par Jacques Delage et E. Gaujoux. (Gaz. de Hôp. LXXX. 50. 1907.)

D. u. G. theilen 2 Fälle von vereiterten Uterusfibromen mit; bei beiden Kranken führte die Exstirpation der Tumoren zur Genesung.

Die erste Kr. war 38 Jahre alt und wegen Ascites 5mal punktirt worden. Der Uterus sammt dem Fibrom wog 9.5 kg, im Tumor war ein Abscess eingeschlossen, der 2 Liter Eiter enthielt.

Der 2. Fall betraf eine 30jähr. Nullipara, die 3 Jahre vorher ovariotomirt worden war. Auch bei dieser Kr. enthielt der Fibromabscess etwa 2 Liter Eiter.

D. u. G. nehmen an, dass auf 100 Uterusfibrome 1—2 abscedirende Fibrome entfallen. Die Ursache der Vereiterung liegt in einer Infektion. Die Behandlung erfordert möglichst baldige operative Entfernung des Tumor.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

137. **Zur Frage der instrumentellen Uterusperforation;** von E. Woil in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 3. p. 733. 1907.)

Gestützt auf die einschlägige Literatur und auf Beobachtungen am Material des Moabiter Krankenhauses betont W. als erste und wichtigste Prophylaxe zur Verhütung einer Uterusperforation Vorsicht und möglichst gewaltloses Ausräumen oder überhaupt Vorgehen bei allen intrauterinen Eingriffen. Jedes schmale Instrument, Kornzange oder schmale, sehr scharfe Kuretten sind thunlichst zu vermeiden und nur dann, wenn die digitale Ausräumung z. B. nicht zum Ziele führen sollte, sind breite Kuretten anzuwenden. Das Gefühl des Operateurs für die Stärke der Ausschabung und die Grösse des Widerstandes der Uterusmuskulatur gegen das Instrument wird verfeinert dadurch, dass der Operateur sich selbst die mit Kugelzangen gefasste Portio vorzieht.

In der Behandlung einer Uterusperforation ist ein grosser Unterschied zu machen, je nachdem die Verletzung auf dem Lande oder in der Stadt, in der Nähe oder in einem Krankenhaus erfolgt. Kamann (Magdeburg).

138. **Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose;** von C. Pradella. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 2. p. 367. 1907.)

Der lesenswerthen Arbeit liegen 1035 aus der Literatur gesammelte Fälle von Gravidität bei lungentuberkulösen Frauen und 19 eigene Beobachtungen aus der Züricher Frauenklinik zu Grunde. Aus diesem grossen Material ergiebt sich eine Reihe von Erfahrungssätzen. Es besteht Conceptionsfähigkeit bei lungentuberkulösen Frauen jeden Stadiums. Der Lungentuberkulose kommt ein Einfluss auf die Gravidität insofern zu, als sie zur spontanen Unterbrechung führen kann, und zwar geschieht dieses um so häufiger, je schwerer die Erkrankung ist, und umgekehrt. Spontaner Abort tritt selten ein, häufiger die spontane Frühgeburt, zumal bei schwerer Tuberkulose. Der Geburtverlauf wird durch die Lungentuberkulose wenig beeinflusst. Die Nachkommenschaft tuberkulöser Frauen ist direkt und indirekt gefährdet. Auf der anderen Seite übt die Schwangerschaft auf die Lungentuberkulose einen ungünstigen Einfluss aus ohne Rücksicht auf das Stadium der Erkrankung. Ein tödtlicher Ausgang im Verlaufe der Gravidität bei Lungentuberkulose ist aber ein seltenes Ereigniss. Rasch auf einander folgende Schwangerschaften und Geburten, namentlich regelwidrige, bedeuten eine grosse Gefahr. Eben so verhält es sich mit Schwangerschaftcomplikationen: starkem Erbrechen, Hyperemesis, Kehlkopf- und Darmtuberkulose. Höchst unheilvoll sind ungünstige Lebensverhältnisse der Schwangeren. Der Symptomencomplex, Verlauf und Ausgang sind bei der Lungentuberkulose schwangerer und spontan wie künstlich entbundener Patientinnen die gleichen wie bei dieser Krankheit ausserhalb der Generationvorgänge. Es besteht kein Grund, die Erfahrungsätze über die Prognose bei Lungentuberkulose im Allgemeinen auf den Verlauf innerhalb der Generationvorgänge nicht anzuwenden. Diese Prognose ist aber, alle anderen in Frage kommenden Faktoren mitberücksichtigt, in hohem Grade abhängig vom Stadium und Charakter der Krankheit.

Wie soll sich nun der Arzt verhalten?

Ist durch eine gesicherte Diagnose festgestellt, dass eine während der Schwangerschaft frisch oder recidivirend auftretende Lungentuberkulose progressiv geworden ist, so muss, dringende Fälle ausgenommen, als unerlässliche Vorbedingung für jedes operative Vorgehen, die erste Aufgabe des Arztes darin bestehen, die Krankheit vorerst durch erfahrungsgemäss wirksame antituberkulöse Behandlung zu bekämpfen und zum Stillstande zu bringen. Gelingt dieses nicht, oder machen äussere Umstände eine solche Behandlungsweise unmöglich, was am häufigsten bei unbemittelten Kranken zutreffen wird, dann ist die künstliche Entbindung angezeigt, die die schädigende Ursache beseitigt und dadurch einen Stillstand und eine Ausheilung in die Wege leiten soll. Sie ist ferner indicirt bei aussichtloser Erkrankung der Mutter, um das Kind zu retten. Ausser dieser therapeutischen Indikationstellung giebt es noch eine prophylaktische. Geht aus dem Verlaufe vorhergegangener Schwangerschaften hervor, dass bei normalem Verhalten der Gravidität nach erfolgter spontaner Geburt eine Lungentuberkulose aktiv oder progressiv wurde, und zwar allein durch die Generationvorgänge, nicht durch andere schädigende Momente, so ist die künstliche Entbindung einzuleiten. — Hinsichtlich des Zeitpunktes der künstlichen Entbindung besteht ein Antagonismus der mütterlichen und kindlichen Interessen. Die wichtige Streitfrage wird nur durch ein Zu-

Digitized by Google

sammengehen und -wirken des inneren Arztthums mit dem Geburthelferthum zu lösen sein. Möge der innere Arzt bedenken, dass jede Spanne Zeit des Zuwartens der Lebensfähigkeit des Kindes zu Gute kommt, vergesse aber auch der Geburthelfer nicht, dass jeder Aufschub das Leiden der Mutter und damit die Aussicht auf die Wiederherstellung und Erhaltung ihrer Gesundheit in Frage stellt. Es besteht eben ein wesentlicher Unterschied im Verlaufe anderer als berechtigte Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anerkannter krankhafter Zustände, und der Lungentuberkulose, da die einmal bei dieser in den Lungen gesetzten Läsionen nicht vorübergehender Natur sind, selbst wenn nach der Entbindung ein Stillstand und eine Ausheilung eintritt. Im Interesse der Mutter ist die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt so früh wie möglich, wenn die Progressivität der Lungentuberkulose auftritt oder andauert zu einer Zeit, wo die Frucht noch nicht lebensfähig ist und nach ärztlichem Ermessen durch ein Abwarten bis zum Zeitpunkte der Lebensfähigkeit die Prognose der Mutter sich bedeutlich verschlechtert. Bei gleichen Aussichten für die Mutter gilt dieser Grundsatz auch, wenn die Frucht bereits lebensfähig ist. Verschlimmert sich das mütterliche Leiden kurz vor erreichter Lebensfähigkeit des Kindes, so darf der Arzt, unter thunlichster Berücksichtigung der Prognose, die Verantwortung auf sich nehmen, den Zeitpunkt zu Gunsten des Kindes so weit als nothwendig hinauszuschieben. Niemals darf die Indikation schematisch, sondern muss ausnahmelos von Fall zu Fall gestellt werden. Als Operationmethode ist die die empfehlenswertheste, die die Kranke am meisten schonend zum Ziele führt. Die Narkose wird dabei gut vertragen. Nach erfolgter spontaner oder künstlicher Entbindung müssen die tuberkulösen Wöchnerinnen so lange in Beobachtung, bez. in antituberkulöser Behandlung stehen, bis ein endgültiges Urtheil über den weiteren Verlauf und den Ausgang möglich ist. Tuberkulöse Wöchnerinnen dürfen nicht stillen. Eine neue Conception sollte bei Frauen, bei denen sich ein ungünstiger Einfluss im Verlauf der Generationvergänge auf die Lungentuberkulose gezeigt hatte, vor Ablauf von mindestens 1—2 Jahren vom Stillstand der Erkrankung ab nicht stattfinden. Die Berechtigung zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose vom medicinischen Standpunkt aus ist durch den Nachweis, dass damit positive Erfolge erzielt werden, ausser Frage gestellt. Dem Gesetze und dem Publikum gegenüber schützt sich der Arzt wirksam durch Beachtung folgender Versichtmaassregeln: Sicherung der Diagnose der Lungentuberkulose, bez. der Progressivität auf Grund genau geführter Krankengeschichten; Zuziehung eines oder mehrerer sachkundiger Aerzte zur Bestätigung der Diagnose und Indikation des Eingriffs; schriftliche Einwilligung der Mutter und des Gatten oder sonst verantwortlicher Personen nach gründlicher, sachlicher Auseinandersetzung der Sachlage mit Ueberlassung der persönlichen freien Entschliessung in jedem Falle; Ausstellung eines gegenseitigen schriftlichen Gutachtens zwischen dem consultirten und dem consultirenden Arzte. Kamann (Magdeburg).

139. **Beitrag zur Scopolamin-Morphiumnarkose in der Gynäkologie**; von Dr. H. Sieber. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 24. 1908.)

Weg mit dem Scopolamin bei der Narkose! Darin gipfelt S.'s Beitrag. Es wurde nämlich in der Marburger Klinik beobachtet, dass über $^1/_3$ der mit Scopolamin-Morphiumnarkose behandelten Operirten *Pulssteigerungen* bis zu 50 Schlägen in den nächsten 2 Tagen hatten, die nur auf das Scopolamin zurückgeführt werden konnten. Mit Recht erblickt S. in diesen Pulserhöhungen eine *Schädigung des Herzens;* ebenso wurden oft leichte Temperatursteigerungen beobachtet. Beides erschwert die Beurtheilung der Pregnose nach Operationen und setzt die Widerstandskraft der Pat. gegen etwaige Infektionen herab. R. Klien (Leipzig).

140. **Hyperemesis gravidarum**; von Dr. Adam Cyzewicz jun. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 485, Gynäkol. Nr. 176. 1908.)

Die Bezeichnung Hyperemesis gravidarum ist eine rein symptomatische; unter ihrer Flagge segeln die verschiedensten Krankheiten. In der Hauptsache kann die Hyperemesis gravidarum bedingt sein durch 1) Krankheiten des Magendarmkanals, 2) durch Genital- u. s. w -Erkrankungen auf reflektorischem Wege, 3) durch Neurosen, 4) durch *Toxämie*. Diese letztere Gruppe möchte C. als Krankheitsbild sui generis, als Hyperemesis gravidarum *vera* aufgefasst wissen gegenüber jenen 3 Gruppen, die er als Hyperemesis gravidarum spuria bezeichnet. Die Ursache der Toxämie liegt im Fruchtei, und zwar in dessen Exkreten. Dieses schwere Krankheitsbild ist pathologisch-anatomisch gekennzeichnet durch eine starke parenchymatöse und fettige Degeneratien aller Organe, wie C. auf Grund von 3 Sektionprotokollen nachweisen konnte. Leider ist die Prognose sehr ungünstig, weil sich die Stellung der Diagnose, die zum Theil auf dem Wege per exclusionem erfolgen muss, meist recht verzögert und man dann auch mit dem künstlichen Abortus oft zu spät kommt. Für die Praxis räth C. Folgendes: Wenn irgend welche Krankheiten verschiedener Organe, die Symptome einer Hyperemesis spuria hervorrufen können, vorliegen, so müssen zunächst diese möglichst bald zum Schwinden gebracht werden, z. B. Erosionen, Retroflexion, Neurosen. Helfen die hiergegen rite angewandten Mittel nicht in kurzer Zeit gegen das Erbrechen oder sind keine Krankheiten im Körper zu finden, die eine Hyperemesis spuria wahrscheinlich machen, so ist gleich eine Ernährung per rectum am Platze mit

gleichzeitigen Eingiessungen physiologischer Kochsalzlösung oder subcutanen Infusionen, und wenn dieses ohne Erfolg bleibt und es die Kräfte der Patientin erlauben, ein künstlicher, möglichst rascher Abortus. Es sei dieses das letzte Mittel, das aber bei schon bestehenden Degenerationen auch sehr unsicher wirke. Als ärgstes Zeichen betrachtet C. das Vorhandensein von Leucin, Tyrosin und Fettsäuren im Urin, weil dieses für eine schwere Verfettung der Organe, wie bei der gelben Leberatrophie, spricht. R. Klien (Leipzig).

141. **Ovarialantikörper und Osteomalacie**; von Dr. L. Fraenkel. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 25. 1908.)

F. ist der Ansicht, dass sich nach Castration im Blute, bez. bei Thieren in der Milch Ovarialantikörper bilden müssen. Obwohl die serologische Untersuchung das Vorhandensein grösserer Mengen von Antikörpern weder in der Milch noch im Blute einer castrirten Ziege ergab, auch nicht im Blute einer vor längerer Zeit castrirten Frau, so wurde doch eine Frau mit schwerer puerperaler Osteomalacie durch Milch einer castrirten Ziege temporär geheilt. R. Klien (Leipzig).

142. **Ein Versuch, das Eklampsiegift auf experimentellem Wege nachzuweisen**; von Vieter Albeck und J. E. Lehse in Kopenhagen. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 115. 1908.)

A. und L. sind auf den Gedanken gekommen, das problematische Eklampsiegift im Fruchtwasser zu suchen und es nachzuweisen durch die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die sich an mit dem Fruchtwasser Eklamptischer intraperitonäalinjicirten Thieren finden, insbesondere die bekannten Lebernekrosen. Verwendet wurden Meerschweinchen und Kätzchen. Es ergab sich in 5 Fällen, dass im Fruchtwasser Eklamptischer thatsächlich ein Gift vorhanden ist, das dieselben pathologischen Veränderungen bei Meerschweinchen hervorrufen kann, die man bei Eklampsiekranken zu finden gewohnt ist. Fruchtwässer gesunder Kreissender riefen diese Veränderungen nicht hervor. Kätzchen reagirten nicht.

R. Klien (Leipzig).

143. **Ueber die Therapie der Eklampsie**; von Dr. Karl Mühlmann. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 1. p. 79. 1908.)

In der Olshausen'schen Klinik wird dieselbe Therapie bei Eklampsie weiter befolgt, wie sie Esch 1906 beschrieben hat, d. h. ein gemässigter Radikalismus. Es wird *nicht jede* eingelieferte Eklamptische unbedingt sofort entbunden, sondern es wird jeder Fall zu bewerthen versucht, ob die Eklampsie, ob die sofortige Entbindung das Gefährlichere sei. So konnte unter 104 Fällen 21mal abgewartet werden, bis es möglich war, schonend, bez. spontan zu entbinden; von diesen 21 Frauen starb keine. Im Ganzen betrug die Mortalität 15.4%. M. stellt den Satz auf, dass die Eklampsien, bei denen die Anzahl der Anfälle gering ist, leicht sind und somit nicht der unbedingten sofortigen Entbindung bedürfen. Die schlechtesten Resultate hatte man übrigens mit dem Vorgehen nach Bossi: unter 29 Fällen 8 Todesfälle (Esch 31:14); 2mal handelte es sich um Verblutung in Folge von Cervixriss, was bei Muttermundincisionen mit nachfolgender hohen Zange auch 2mal vorkam. M. leitet aus den Erfahrungen der Olshausen'schen Klinik wiederum den für den Praktiker wichtigen Grundsatz ab, dass es kein Kunstfehler sei, wenn dieser nicht in jedem Eklampsiefalle sofort zur forcirten Entbindung schreitet. Das könne man sich höchstens in der Klinik leisten. Von Aderlass und Kochsalzinfusionen sah M. Gutes.

R. Klien (Leipzig).

144. **Zwei Fälle von Nierendekapsulation bei Eklampsie**; von Ferd. Kleinertz. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 26. 1908.)

Die erste Kr. *starb:* Die Eklampsie hatte am 2. Wochenbettsmorgen begonnen, bis zum Abend ca. 20 Anfalle und Koma. 3‰ Eiweiss. Abends 6 Uhr Dekapsulation. 24 Stunden drauf Tod, nachdem noch viele Anfälle dagewesen waren, im Koma. — Die zweite Kr. *genas:* Die Anfälle begannen unmittelbar nach Ausstossung der Nachgeburt. 7‰ Eiweiss. Operation einige Stunden nachher; darauf noch 29 leichtere Anfälle, immerwährend Somnolenz. Wegen Angstzuständen Verlegung in die Irrenanstalt. Genesung, nach ca. 5 Wochen kein Eiweiss mehr. — In beiden Fällen war auffallend die Steigerung der Diurese nach der Operation, das Nachlassen der Cyanose, das Weicherwerden des Pulses. Beide Male quollen die Nieren nach Durchtrennung der Kapsel vor. R. Klien (Leipzig).

145. **Considerazioni sopra due casi di ciste dermoide in gravidanza**; per il Dott. J. Levi, Torino. (Arch. ital. di Ginecol. X. 3. p. 89. 1907.)

In 2 Fällen war eine Gravidität durch Dermoidcysten des Ovarium complicirt. Bei der ersten Frau wurde 3½ Monate vor Beendigung der Gravidität die Ovariotomie vorgenommen. Die Gravidität nahm einen ungestörten Verlauf. Bei der anderen Pat. bildete der Tumor ein Geburthinderniss dadurch, dass er sich fest in das kleine Becken eingekeilt hatte. Eine Verschiebung des Tumor gelang nicht, so dass zum Kaiserschnitte geschritten werden musste, dem sich die Ovariotomie anschloss. Kind und Mutter blieben am Leben.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

146. **Ueber Extrauteringravidität mit besonderer Berücksichtigung der seltenen Formen**; von Dr. Hans Finsterer. (Ztschr. f. Heilkde. XXVIII. Suppl.-Heft p. 205. 1908.)

Eine sehr fleissige und ausführliche Arbeit über 133 operirte Extrauteringraviditäten, als Fortsetzung der Berichte von Fabricius. Die Arbeit berücksichtigt auch die Literatur, bietet aber nichts eigentlich Neues. Hervorgehoben sei nur, dass F. den rein operativen Standpunkt (in der Regel Laparotomie mit Entfernung der schwangeren Tube) vertritt und mit Geschick vertheidigt.

R. Klien (Leipzig).

147. **Coincident extra- and intrauterine pregnancy;** by E. B. Young, Boston. (Boston med. and surg. Journ. June 6. 1907.)

29jähr. Frau erkrankte, nachdem seit Ende October 1905 die Regel ausgeblieben war, am 6. Januar 1906 mit heftigem Leibschmerz und Erbrechen. Am Nachmittag des 7. Januar Aufnahme in das City Hospital: Starke Blässe, Puls 120, klein. Deutliche Zeichen von Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle. Gebärmutter etwas vergrössert. Die sofortige Operation ergab Tubenabort mit freier Blutung in die Bauchhöhle und Blutgerinnseln. Am 8. Januar wurde ohne Schmerzäusserung ein kleiner macerirter Fötus geboren. Am 30. Januar wurde Pat. aus dem Hospital entlassen. Die Untersuchung des Fötus ergab, dass er ungefähr 10 Wochen alt war, die des entfernten Eileiters — in der Operationsgeschichte ist der linke, in dem Untersuchungsbericht der rechte als der erkrankte bezeichnet — Schwangerschaftsreste am Fimbrienende. J. Praeger (Chemnitz).

148. **Zur Behandlung der Frühstadien der Extrauteringravidität;** von J. Mandelstamm in Odessa. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 469. 1907.)

M. hat in den letzten 15 Jahren im Krankenhause 48 und in der Privatpraxis 3 Frauen mit Extrauteringravidität operirt. Bei 8 Frauen war es zur Bildung einer retrouterinen Hämatocele gekommen, davon wurden 2 laparotomirt und bei den übrigen 6 wurde die Kolpotomia posterior mit nachfolgender Drainage ausgeführt. In den übrigen 43 Fällen wurde der Bauchschnitt gemacht, wobei 6 Kranke, also 14% starben. 50mal lag Tubarschwangerschaft vor, 1mal Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis. Die Operation bestand in Bauchschnitt, Aufsuchen der blutenden Tube, Abklemmen und Excision, wenn möglich mit Zurücklassung des Eierstocks, und sorgfältiger Unterbindung der Gefässe. M. entfernt seit 3 Jahren nur noch die Blutgerinnsel, die leicht zu erreichen sind, und schliesst dann sofort die Bauchhöhle, ohne viel Rücksicht darauf zu nehmen, ob viel oder weniger Blut zurückgeblieben ist.

M. stellt folgende Grundsätze auf: „Erkrankt eine sonst gesunde conceptionsfähige Frau plötzlich unter den Anzeichen akuter Anämie und Reizung des Bauchfells bei gleichzeitigem Sinken der Herzthätigkeit und Fehlen einer starken äusseren Blutung, dann müssen wir vor Allem an eine innere Blutung in der Bauchhöhle in Folge von Ruptur des ektopischen Fruchtsackes denken und entsprechend bei der weiteren Untersuchung vorgehen. In Anbetracht der grossen Gefahr, von der die Kranke bedroht ist, muss ihr dringend die sofortige oder baldmöglichste Radikaloperation empfohlen werden." Arth. Hoffmann (Darmstadt).

149. **Ueber die vaginale Exstirpation der graviden Tube;** von A. Dührssen. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 25. 1908.)

D. zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlussfolgerungen: „1) Die Indikationsstellung für die vaginale Exstirpation der schwangeren Tube hängt ab von der Technik des Operateurs, welcher die Technik der Kolpocoeliotomia anterior und ihre specielle Anwendung bei der Exstirpation der entzündeten oder in Neubildungen verwandelten Adnexe völlig beherrschen muss. 2) Sie hängt ferner von dem Vorhandensein zweier in derselben Weise geübter Assistenten und eines zweckentsprechenden Operationsraumes ab. 3) Sind die Vorbedingungen erfüllt, so ist die Exstirpation der in den ersten 1—3 Monaten graviden Tube mittels Kolpocoeliotomia anterior zu empfehlen: a) bei intakter Tubarschwangerschaft, b) bei Tubarschwangerschaft mit freier Blutung in die Bauchhöhle, falls der Zustand der Patientin noch eine genügende Vorbereitung gestattet, c) bei der Tubenmole ohne oder mit peritubarem Hämatom. 4) Bei älterer und grösserer Hämatocele ist die einfache Eröffnung derselben vom hinteren Scheidengewölbe aus oder bei Gefahr von sekundären Blutungen die ventrale Cöliotomie mit Exstirpation der graviden Tube und Ausräumung des Hämatocelenblutes zu empfehlen."

Ausserhalb seiner Klinik operirt D. stets ventral. Bezüglich der Technik giebt er noch einige gute Winke. R. Klien (Leipzig).

150. **Ueber akute Peritonitis vor und in der Geburt;** von G. Leopold. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 28. 1908.)

Eine Sechstgebärende erkrankte am Ende der Schwangerschaft Mittags plötzlich mit Schüttelfrost; gegen Abend setzten heftige und äusserst schmerzhafte Leibschmerzen ein. Am 3. Tage Erbrechen. Ueberführung in die Klinik. Temperatur 39.6°, Puls 120. Sprengung der Blase bei für 1 Finger durchgängigem Cervikalkanale wegen des ungewöhnlich starken Leibesumfanges. Entleerung von ca. 4 Liter gelblich-grünen Fruchtwassers. Nach 3 Stunden Spontangeburt des Kindes, das 4 Stunden lebte, und der Placenta. Jetzt Temperatur 38.7°, Puls 104. Bald darauf Delirien, Verfall. Unter den Zeichen akuter Peritonitis Tod 15 Stunden post partum. Es handelte sich, wie die *Sektion* ergab, um eine von einer phlegmonösen rechtseitigen Parametritis ausgehende akute Peritonitis. Ursprung wahrscheinlich gonorrhoisch.

R. Klien (Leipzig).

151. **Zum hohen Querstand der Gesichtslage und ihrer Behandlung mittels hoher Zange;** von Dr. Robert Ziegenspeck. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 24. 1908.)

Z. macht unter Verwerfung sämmtlicher Achsenzug- und Beckeneingangzangen auf die fast vergessenen sogen. *stehenden Traktionen* nach Osiander aufmerksam, wobei nicht an der Zange gezogen, sondern von oben auf diese gedrückt wird. Allerdings ist auch hierbei der Damm gefährdet, weil der Kopf nach Ueberwindung des Beckeneinganges plötzlich aus dem relativ weiten Beckenausgange herausschiessen kann. R. Klien (Leipzig).

152. **Zwei Fälle spontaner Uterusruptur. Uterusruptur bei tiefstehendem Steisse. Wiederholte Uterusruptur;** von Dr. K. Eisenstein. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 27. 1908.)

In beiden Fällen handelt es sich um sogen. hysterogene Rupturen: es bestanden wahrscheinlich, bez. sicher alte Ruptur- oder Usurnarben, in denen es wieder zur Ruptur kam. Beide Frauen wurden durch Rohrdrainage geheilt. R. Klien (Leipzig).

Digitized by Google

153. **Zur Behandlung der Eihautretention**; von Dr. Ernst Engelhorn. (Contr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 16. 1908.)

Die Erlanger Klinik erhebt gegenüber einigen neueren Autoren, die für eine sehr aktive Behandlung der Eihautretention eingetreten sind, ihre warnende Stimme und empfiehlt auf Grund ihrer ad hoc zusammengestellten sehr guten Resultate, an der althergebrachten, bewährten expektativen Behandlungsweise (eventuell Secale) festzuhalten Es ist von jeder aktiven Therapie Abstand zu nehmen, da man im Allgemeinen bei expektativem Verfahren eine spontane Ablösung und Ausstossung der Eihäute erreicht und da in den in letzter Zeit vorgeschlagenen Eingriffen (digitale Austastung oder gar Auskratzung) eine Gefahr für die Wöchnerin zu erblicken ist, die in keinem richtigen Verhältnisse zu dem unbedeutenden Ereigniss der Eihautretention steht. R. Klien (Leipzig).

154. **Ueber die Bedeutung der Eihautretention und die passende Methode zur vollständigen Entfernung derselben**; von Dr. C. Louros. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 7. 1908.)

Entgegen der allgemein herrschenden Ansicht ist L. der Meinung, dass die Eihautretention sehr häufig Veranlassung zu ernsten Complikationen, wie Nachblutungen, unvollständiger Involution und leichten und schweren Infektionen abgiebt, und er räth entgegen der wohlbegründeten Regel, bei Eihautretention und fehlender Blutung keine intrauterinen Manipulationen vorzunehmen, principiell bei jeder Eihautretention, die Eihäute durch Einführen der ganzen Hand oder einzelner Finger in die Uterushöhle zu entfernen. [Hiervor ist wohl auf das Entschiedenste zu warnen. *Ref.*] Stellen sich im Wochenbette Blutungen oder Fieber ein und fangen die Lochien an, übel zu riechen, so habe man sofort Verdacht auf Eihaut-, bez. Placentaretention zu schöpfen, eine digitale Untersuchung der Uterushöhle vorzunehmen und etwa retinirte Theile mit dem Finger oder der Curette zu entfernen. R. Klien (Leipzig).

155. **Die Dührssen'sche Uterovaginaltamponade.** *Ein Beitrag zur Behandlung der atonischen Nachgeburtsblutungen*; von G. Burekhard. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 463. Gyn. Nr. 170. 1907.)

B. giebt einen kurzen literarischen Ueberblick über das Für und Wider bei der Dührssen'schen Tamponade. Im Allgemeinen sind die Gegeneinwände nicht recht stichhaltig gegenüber den durch diese Tamponade geretteten Frauen. Nur darf man nicht allzu lange mit der Tamponade warten und muss sie auch richtig nach der Vorschrift Dührssen's ausführen. B. bekennt sich selbst als Anhänger der Methode und hat 44 Fälle aus der Würzburger Klinik gesammelt, in denen sie zur Anwendung kam. Zwar starben 7 von diesen 44 Frauen, aber nur ein einziger von diesen Todesfällen kann als Misserfolg der Tamponade betrachtet werden: trotz fester Tamponade waren bei der Sektion alle Tampons voll Blut gesogen. In 2 von den Fällen war die Tamponade mangelhaft ausgeführt, bei 3 Frauen war die Anämie bereits vor der Tamponade tödtlich, diese also zu spät gemacht, eine Kranke wurde nicht secirt, mithin ist hier ebenfalls mangelhafte Technik nicht ausgeschlossen. Von den 37 übrigen Frauen machten 31 ein fieberfreies Wochenbett durch; nur 3 Erkrankungen waren schwerer Art, doch waren zum Theil grosse geburthülfliche Operationen vorausgegangen; alle Kranken genasen. In der Würzburger Klinik ist die Reihenfolge der Maassnahmen bei atonischen Blutungen folgende: neben Ergotininjektion Uterusmassage, heisse Scheidenspülung, heisse Uterusspülung, Tamponade, meist genügen die ersten beiden. R. Klien (Leipzig).

156. **Ein neuer Handgriff zur Behandlung der atonischen Nachblutungen**; von Dr. Lajos Gósh. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 15. 1908.)

Der neue äussere Handgriff ist ein sogen. combinirter: der Uterus wird mit Daumen und Zeigefinger der einen Hand von aussen aus dem kleinen Becken herausgehoben, wobei die genannten Finger etwa die Gegend des Contraktionringes umgreifen und zusammenpressen; die andere Hand drückt von hinten her den Uteruskörper nach vorn und reibt den Fundus. Meist steht die Blutung in $^1/_2$—1 Minute, wohl in Folge von Reizung der Ganglien des Scheidengewölbes. Versagt die Methode, dann sofort Austastung des Uterus und eventuell Tamponade nach Dührssen. 10 Geburtgeschichten.

R. Klien (Leipzig).

157. **Fall von inveterirter puerperaler Inversion des Uterus**; von O. A. Boije. (Mitth. a. d. gynäkol. Klinik des Prof. O. Engström VII. 2. 1907.)

Die Inversion war durch gewaltsamen Zug an der Nabelschnur bei der 3. Entbindung entstanden und bestand 8 Jahre. Operation nach Küstner mit fast vollständiger Spaltung auch der Cervix. Reaktionlose Heilung. B. empfiehlt, principiell die ganze Hinterwand des Uterus auf einmal zu durchschneiden und den Uterus wieder auszustülpen. R. Klien (Leipzig).

158. **Zur operativen Behandlung der Inversio uteri puerperalis inveterata**; von Dr. Emannel Gross in Prag. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 46. 1907.)

Gr. berichtet über einen Fall, in dem wegen derber peritonäaler Verwachsungen (Blase, Darm, Tuben und Inversiontrichter) nach Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes, bez. des Douglas'schen Raumes zur Laparotomie übergegangen werden musste, um erst diese Verwachsungen zu lösen. Die Umstülpung gelang auch erst nach Spaltung der hinteren Uteruswand bis zum Fundus. Drainage per vaginam und per abdomen. Heilung.

Gr. beleuchtet noch die Vortheile der Spaltung der ganzen hinteren Uteruswand eventuell bis in das Scheidengewölbe hinein bei sehr derbem oder sehr zerreissliehem Uterus; man hat dann nicht eine Zurückstülpung des Uterus in sich selbst (vertikale Reinversion nach Küstner), sondern nur ein Umklappen des Uterus nach vorn (horizontale Reinversion) auszuführen. Gr. ist ein Gegner vorhergehender Kolpeuryseversuche.

R. Klien (Leipzig).

159. **Iperinvoluzione dell'utero;** per G. Carli, Genova. (Arch. ital. di Ginecol. X. 6. p. 193. 1907.)

Unter 6 Fällen von Hyperinvolutio uteri war diese 3mal nach einer Spätgeburt aufgetreten. Da nun die fettige Degeneration der uterinen Muskelfasern, wie Ciulla nach der Mittheilung C.'s gefunden hat, nicht erst, wie bisher angenommen wurde, nach dem Partus, sondern bereits während der letzten Monate der Schwangerschaft auftritt, und bei Spätgeburten schon ziemlich weit fortgeschritten ist, so sucht C. hiermit das Zusammentreffen von Spätgeburt und Hyperinvolution in Einklang zu bringen und möchte überhaupt letztere von einer gesteigerten fettigen Degeneration der Muskelfasern abhängig machen.

Als Symptome der Hyperinvolution, abgesehen von der Kleinheit des Uterus, stellt er auf: Verschlechterung des Allgemeinbefindens, besonders Anämie, Verminderung der Laktation, Amenorrhöe, Sterilität, cirkulatorische (Arrhythmie u. s. w), gastroenterische Störungen (Appetitmangel, Gefühl der Fülle u. s. w.), Anzeichen einer Dyspnöe, nervöse Störungen (Parästhesien, Anästhesien, Ohrensausen, Schwindel, psychische Depression), ferner Leukorrhöe. Die Therapie gipfelt in der Sondirung; 3 von den ausführlich beschriebenen 6 Kranken genasen. Fischer-Defoy (Quedlinburg).

160. **Sulla polimastia;** per il Dott. Oreste Cignozzi, Palermo. (Rif. med. XXIV. 10. p. 261. 1908.)

Bei 2 Primiparen wurde das Verhalten *überzähliger Brustwarzen* während des *Puerperium* beobachtet. Bei beiden Pat. lag die 3. Warze 6, bez. 7 cm unterhalb der linken Mamma. Der Durchmesser betrug 3, bez. $1^1/_2$ cm. Bei Beiden war der Warzenhof pigmentirt. In den ersten Tagen des Puerperium erfolgte auch aus den überzähligen Warzen Milchsekretion; jedoch war die Milch qualitativ, wie quantitativ von der aus den normalen Warzen abgesonderten verschieden. Ihre Menge schwankte von 25—50 ccm in 24 Stunden. Sie enthielt verhältnissmässig wenig Milchkügelchen, und zwar herrschten unter ihnen die grossen vor. Aus Allem geht hervor, dass die überzähligen Drüsen als echte Entwickelungsanomalien im Sinne des Atavismus aufzufassen sind.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

161. **Ueber die Bewerthung gewisser Behandlungsmethoden der Bakteriämien des Kindbettes, insbesondere der Hysterektomie;** von Prof. v. Herff. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 24—26. 1908.)

v. H. fasst seine Erfahrungen bei der Behandlung des Kindbettfiebers folgendermaassen zusammen: Eine unmittelbare und mittelbare Vernichtung der Spaltpilze des Kindbettfiebers, die in den Körper eingedrungen sind, ist zur Zeit nicht möglich, auch nicht mit Heilseris oder Silberpräparaten. Die jetzigen Heilbestrebungen sind im Grunde genommen, wie das auch andere Autoren zugeben, auf das Niveau einer diätetisch-physikalischen Behandlung eingestellt. Gegenüber dieser Sachlage muss die operative Behandlung in den Vordergrund gestellt werden, insbesondere die Laparotomie mit Drainage bei der wandernden Bauchfellentzündung, die Unterbindung der Beckenvenen gegen Verschleppungsbakteriämie (Pyämie) genauer geprüft werden. Dabei ist die Entfernung der Gebärmutter als ein vorzügliches Hülfsmittel, wenn sie zeitig genug ausgeführt wird, nicht zu vergessen. Allem Anscheine nach wird dieser Eingriff (Amputatio uteri supravaginalis mit tiefer Verschorfung des Stumpfes mittels Glühhitze) noch die meiste Aussicht auf Erfolg haben. Sehr schwierig ist die Indikationstellung: die Scylla des „Zuspät" und die die Charybdis des „Zufrüh" zu vermeiden, ist ungemein schwer, da der Entschluss nur ein subjektiver ist; objektive sichere Anzeichen giebt es zur Zeit nicht. R. Klien (Leipzig).

162. **Im Kampfe gegen das Kindbettfieber.** *Ein Mahnwort an Aerzte;* von Prof. Otto v. Herff. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. S. XVII. 7. 1908.)

Ein warm und eindringlich geschriebenes Mahnwort.

Zur Desinfektion aller Betheiligten empfiehlt v. H. Chirosoter und Schumburg's Schnelldesinfektion neben Ahlfeld's und Engel's Methode. An den vorbeugenden Scheiden- und Gebärmutterausspülungen hält er nach wie vor fest. Neben der Desinfektion ist es von der allergrössten Bedeutung, das „Geburtstrauma" möglichst klein zu gestalten. „Abwartende Geburtsleitung, gestützt auf vorbeugende Eingriffe"! Geduld, namentlich auch bei der Leitung der Nachgeburtperiode! und während des Wochenbettes überhaupt keinerlei operative Eingriffe innerhalb der Gebärmutter vornehmen!

Möchten von v. H.'s gute Worte recht sehr beherzigt werden. Dippe.

163. **Ursache, Verhütung und Behandlung des Kindbettfiebers;** von Dr. Karl Baisch. (Beih. z. med. Klinik III. 10. 1907.)

Eine kurze, flott geschriebene Zusammenfassung der gegenwärtigen Ansichten, Neues nicht enthaltend. R. Klien (Leipzig).

164. **Ueber Lokalisation und klinische Symptome intracranieller Blutergüsse Neugeborener;** von Dr. Ludwig Seitz in München. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 12. 1908.)

S. hat in der Münchener Universitätfrauenklinik von Döderlein 23 hierhergehörige Fälle beobachtet; 6mal war die Geburt leicht und spontan verlaufen. Klinisch wichtig ist es, ob die Blutungen unterhalb des Tentorium über Kleinhirn und Medulla oblongata oder ob sie oberhalb über dem Grosshirn gelegen sind: infratentoriale und supratentoriale Blutungen.

Die *infratentorialen* Blutungen sind wegen des auf die Medulla oblongata und das Athemcentrum

Digitized by Google

ausgeübten Druckes besonders gefährlich. Die Kinder sind häufig gar nicht oder nur leicht asphyktisch geboren, sie sind ruhig, und erst nach mehreren Stunden treten Athmungstörungen auf: unregelmässige, abgehackte, beschleunigte Athmung, gelegentlich ausgesprochene Athemkrämpfe mit tiefer Cyanose. Unter Verschlechterung der Athmung erfolgt dann 24—48 Stunden post partum der Tod.

Nicht so gefährlich sind die *supratentorialen* Blutungen. Sie sind fast stets einseitig, die Menge des ergossenen Blutes ist gewöhnlich recht bedeutend. Oft treten erst am 2. Tage die ersten Symptome auf, zunächst eine auffallende Unruhe; die Kinder schreien viel und verweigern die Nahrungsaufnahme. Bald treten Athmungstörungen auf, inspiratorische Krampfanfälle, Erhöhung des Blutdruckes, Bewusstlosigkeit, auffallende Blässe der Haut. Hinzu kommen nun die lokalen Hirndrucksymptome, die allmählich ihren Höhepunkt erreichen; es tritt schliesslich das Lähmungstadium ein, und die Kinder gehen unter Lähmung des Athemcentrum meist am 4. bis 8. Tage zu Grunde. Gehen am 3. Tage die Hirndrucksymptome zurück, so lässt sich Wiederherstellung hoffen.

S. hat 5 Kinder genesen sehen, 3 genasen vollständig. Bei Allen handelte es sich um Grosshirnblutungen, von denen 2 nur lokale Drucksymptome erzeugten. Die Behandlung bestand in Fernhalten aller äusseren Reize; S. empfiehlt, die Kinder in den Wärmschrank zu legen. Zur Vermeidung von Schluckpneumonien schlägt S. Ernährung mit der Sonde vor. Bei supratentorialem Bluterguss kommt auch in Betracht die Incision, die Cushing 4mal, und darunter bei 2 Neugeborenen, mit dauerndem Erfolge ausgeführt hat.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

165. **Ueber operative Behandlung intracranieller Blutergüsse bei Neugeborenen;** von Dr. Ludwig Seitz. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXf. 30. 1907.)

S. klappte bei einem Neugeborenen mit Hirndrucksymptomen ohne Narkose das entsprechende Scheitelbein auf und entfernte das Blut. Der Eingriff wurde gut vertragen, die Hirndrucksymptome liessen zeitweise nach, doch ging das Kind im Koma 10 Stunden post operationem zu Grunde. Die *Sektion* ergab gleichzeitig bestehende infratentoriale Blutung. S. berichtet sodann über einen weiteren Fall von infratentorialer Blutung über Kleinhirn und Medulla nebst sekundärem Uebertritt einer kleinen Blutmenge in die linke Grosshirnhemisphäre. Das spontan und leicht geborene, kaum asphyktisch gewesene Kind hatte Anfälle von Cyanose, Athemkrämpfe, sowie klonische Krämpfe im rechten Arme und Beine gezeigt.

R. Klien (Leipzig).

166. **Die „angewachsene" Zunge;** von Dr. Felix Schleissner. (Prag. med. Wchnschr. XXXIIf. 16. 1908.)

Schl. spricht sich durchaus gegen das „lösen der Zunge", die Durchschneidung eines zu lang gerathenen Frenulum, aus. Die Operation ist nicht ganz unbedenklich und vor Allem zwecklos, da die grössere oder geringere Beweglichkeit der Zungenspitze für das Saugen ganz, für das Sprechen ziemlich unwesentlich ist.

Dippe.

167. **Stridor des nouveau-nés, stridor congénital des nourrissons;** par M. Rahé. (Gaz. des Hôp. LXXIX. 143 et 146. 1906.)

R. bespricht im Zusammenhange Geschichte, Klinik, Aetiologie, Pathogenese und Therapie des sogenannten angeborenen Larynxstridor. Er vertritt die auch bei uns mehr Anhänger gewinnende Anschauung, dass die Ursache des Zustandes in einer Art Verbildung des Kehlkopfeinganges (Aufrollung der Epiglottisränder, Annäherung der aryepiglottischen Falten) zu suchen sei.

Brückner (Dresden).

168. **Ueber Dyspnöe beim Säuglinge;** von Dr. F. Philips. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XV. 4. p. 418. 1907.)

Ph. hat mittels des Knoll'schen Pneumographen Untersuchungen bei Säuglingen mit Erkrankungen der Athmungsorgane, Cirkulationstörungen und akuten Erkrankungen angestellt. Er wollte prüfen, ob auf Grund der Athmungscurven sich die Semiologie und Differentialdiagnose der verschiedenen Arten von Dyspnöe feststellen lasse. Er kam dabei zu folgenden Ergebnissen: „1) Aetiologisch verschiedene Dyspnöe kann gleiche Veränderungen der Athmungscurven gegenüber der Norm bedingen. 2) Die Art der Dyspnöe hängt mehr von dem jeweiligen, im Vordergrund stehenden einzelnen Symptom, als von dem gesammten Krankheitsbilde ab. 3) Die grosse Athmung, die sich bei akuten toxischen Ernährungsstörungen findet, ist auf Compensationsstörungen zurückzuführen.

Brückner (Dresden).

169. **Ueber Fettvermehrung der Frauenmilch durch Fettzufuhr, nebst einem Beitrag über die Bedeutung der quantitativen Fettunterschiede für das Gedeihen des Brustkindes;** von Dr. Leopold Moll. (Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 3 u. 4. p. 161. 1908.)

Es gelang, bei einer mageren Amme durch Speckzufuhr den geringen Fettgehalt der Milch zu verdoppeln. Das Kind gedieh daraufhin wesentlich besser, die dyspeptischen Stühle verschwanden. Es giebt Fälle, in denen diese Erfahrung praktisch verwerthet werden kann und es giebt auch Fälle, in denen bei Anstellung oder Wechsel der Amme der Fettgehalt der Milch besonders beachtet werden sollte.

Dippe.

170. **Zur Physiologie und Pathologie der Säuglingsernährung.** I. *Säuglingsernährung und Seitenkettentheorie;* von Prof. M. Pfaundler. II. *Ueber das Verhalten der Serumcomplemente;* von Dr. Moro. III. *Potentieller Complementbestand bei natürlicher und künstlicher Ernährung;* von Prof.

Digitized by Google

Pfaundler, als Referent für experimentelle Untersuchungen von Herrn Heimann in München. IV. *Dystrophie der Säuglinge;* von Prof. M. Pfaundler in München. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 44. 1907.)

Pfaundler geht bei den biologischen Studien über die Säuglingsverdauung, die er mit Moro und Heimann in Angriff genommen hat, von der Ehrlich'schen Seitenkettentheorie aus. Er führt aus, dass die celluläre Verdauung, die Tropholyse, *vermuthlich* dem Vorgange der Hämolyse und Bakteriolyse analog verläuft. Das Studium der letzteren möchte daher wohl einen Rückschluss auf die Vorgänge bei der Tropholyse gestatten. Pf. stellt die Hypothese auf, dass der Unterschied zwischen natürlicher und künstlicher Ernährung nicht auf einem in der Kuhmilch enthaltenen Schädling, sondern vielmehr auf der Abwesenheit von Nutzstoffen beruht, die der Muttermilch eigen sind. Soweit nimmt er die zuerst von Marfan, nicht wie er angiebt, von Escherich ausgesprochenen Gedanken auf. Pf. ist nun der Ansicht, dass diese Nutzstoffe durch die tropholytischen Complemente dargestellt werden. Da man sie nicht nachweisen kann, will Pf. die hämolytischen und bakteriolytischen Complemente, die leicht sinnfällige Reaktionen ergeben, zum Studium benutzen, gewissermaassen als Indikator verwerthen und aus den gewonnenen Ergebnissen einen Rückschluss auf die Tropholyse machen. Er will versuchen, zunächst folgende Fragen zu beantworten: 1) Enthält die Milch hämolytisches oder bakteriolytisches Complement? 2) Kann Complement, das dem Serum mit der Muttermilch zugeführt wird, den Verdauungstrakt passiren und wirksamer Körperbestandtheil werden? 3) Wie gestaltet sich der Complementbestand beim Säuglinge nach Art, Individuum, Alter, Ernährung? Darüber lässt sich zunächst Folgendes sagen: Die Kuhmilch enthält, wie Pf. und Moro zeigen konnten, hämolytisches Complement. In verschiedenen Milcharten fand sich bakteriolytisches Complement. In der Frauenmilch war hämolytisches Complement bisher nicht nachzuweisen. Sie scheint hämolysehemmende Eigenschaften zu besitzen. Bakteriolytisches Complement wird durch die Einwirkung künstlicher Verdauungsäfte nicht zerstört. Andere Haptine vom Typus der Immunkörper können, wie Pf. behauptet, in den Körperbestand des Säuglings übergehen. Genauere Angaben hierüber lässt er vermissen. Er behauptet ferner, das komme gesetzmässig nur bei artgleicher Ernährung vor. Er nimmt weiterhin an, dass auch bei der natürlichen Ernährung Complemente in den Körper „wirksam" übergehen können.

Moro machte quantitative Complementbestimmungen, über deren Technik hier nichts angegeben wird, an 83 Säuglingen. Er stellte Folgendes fest: Das Serum des neugeborenen Menschen hat keine hämolytische Kraft. Diese Erscheinung erklärt sich aus dem Mangel an freien Zwischenkörpern. Beim Foetus und knapp nach der Geburt ist die hämolytische Kraft aber wie beim Erwachsenen vorhanden. Bald nach der Geburt nimmt sie unbeträchtlich ab. Bei natürlicher Ernährung steigt sie alsdann wieder an und erreicht am 4. bis 5. Lebenstage den Normalwerth des erwachsenen Mouschen. Bei künstlicher Ernährung nimmt die hämolytische Kraft des Serum entweder ab (dann sinkt auch das Körpergewicht), oder sie verhält sich wie beim Brustkinde (dann erfolgt Gewichtsanstieg). Nach Ablauf der ersten Lebenstage hält sich die hämolytische Kraft des Serum beim gesunden Brustkinde auf constanter Höhe, während sie beim Flaschenkinde häufiger herabgesetzt erscheint. Debile künstlich ernährte Kinder haben eine sehr niedrige hämolytische Kraft. Beim Flaschenkinde ist sie sehr labil. Schon geringfügige Gesundheitstörungen rufen Schwankungen hervor. Bei akuten Ernährungstörungen ist die hämolytische Kraft vermindert, bei chronischen „sehr tief reducirt". Aber immer scheint es nicht zu stimmen. Kochsalzinfusion scheint die Fähigkeit des Organismus, Hämolysine zu bilden, zu steigern. Bleibt die Steigerung aus, so ist die Prognose ungünstig.

Um über den Complementbestand im thierischen Körper unter verschiedenen Bedingungen Aufschluss zu erhalten, hat Heimann die Hämolyse in den Körper selbst verlegt. Das Complement des Säugethierblutes bewirkt nur deshalb keine Hämolyse, weil es ihm an geeigneten Zwischenkörpern fehlt. Wenn solche in Form von inaktivirtem hämolytischen Immunserum subcutan einverleibt werden, so tritt sie in Erscheinung. Damit ist die Möglichkeit gegeben, den aktuellen und den potentiellen Complementbestand auszumessen. Die Versuche wurden an Hunden und Kaninchen gemacht, die theils natürlich, theils künstlich genährt waren. Letztere waren magendarmkrank. Sie wurden durch das eingeführte inaktivirte Immunserum weniger geschädigt als die Brustthiere, woraus man schliessen kann, dass ihr Complementbestand herabgesetzt war.

Aus den von Moro und Heimann erhobenen Befunden schliesst Pfaundler, dass, wie während des intrauterinen Lebens auf dem Placentawege, so beim Brustkinde durch Vermittelung der Muttermilch dem Säuglinge tropholytische Complemente zugeführt werden, die er selbst noch nicht oder wenigstens nicht in ausreichendem Maasse bilden kann. Kinder mit ausgesprochener Befähigung zur Complementbildung können auch bei künstlicher Ernährung gedeihen, die anderen erkranken in Folge der artfremden Nahrung: Heterodystrophie. Danach muss man erwarten, dass bei den heterodystrophischen Kindern behinderte allgemeine Tropholyse (Unterernährung) besteht, die bei Steigerung des Nahrungsangebotes zu Krankheitserscheinungen führt (paradoxe Reaktion Finkelstein's). Ferner muss, da Zellenreceptoren dauernd „unerledigt" bleiben und daher immer neue geschaffen und abgestossen werden, die Nährstoff-

einheit in Folge des Complementmangels zum Antigen werden: Es tritt Fieber und toxischer Eiweisszerfall auf. Die an der Zwischenkörperbildung, wie man glaubt, besonders betheiligten Gewebe, nämlich die lymphatischen Organe, hyperplasiren. Sodann können unerledigte Nährstoffeinheiten, die sich im Blute stauen, abnormem Oxydationabbau anheimfallen oder, indem sie mit abgestossenen Receptoren zusammentreffen, zusammengesetzte Anticomplemonte bilden. Diese ergänzen sich mit den vorhandenen Complementen zu wirksamen biolytischen Systemen: Humorale Tropholyse. Daraus ergiebt sich unwirthschaftlicher Betrieb in energetiseher Hinsicht, Auftreten von abnormen Zwischen- und Endprodukten. Schliesslich setzen Abwehrbestrebungen gegen den bestehenden Schaden ein: Der vermehrte Anspruch an die Complementerzeuger kann Schwankungen in der Leukocytenzahl erzeugen, Nahrungsverweigerung, vermehrte Darmausscheidung, verminderte Resorption von Eiweiss und Fett. Laktosurie, vielleicht auch Albuminurie. Als sekundäre Erscheinungen können hinzutreten Collaps, Koma, Convulsionen. Wesensverwandt sind den alimentären Schäden die infektiösen. Das erklärt auch die symptomatische Verwandtschaft von alimentären und infektiösen Schäden des Säuglingsaltors.

Man erkennt, dass sich mit Hülfe der geistvollen Hypothese eine ganze Reihe von Fragen befriedigend beantworten lässt. Aber man wird doch gut thun, sich darau zu erinnern, dass der Grundpfeiler des ganzen glänzenden Gebäudes am Ende nur ein Analogieschluss ist.

Brückner (Dresden).

171. **Ueber Idiosynkrasie der Säuglinge gegen Kuhmilch**; von Ludwig F. Meyer. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 46. 1907.)

Kleinste Mengen Kuhmilch können bei manchen Säuglingen schwerste Ernährungstörungen auslösen. Es handelt sich dabei meist um Kinder, die zunächst bei Kuhmilch erkrankten und alsdann an die Brust gelegt wurden. Beim Versuche, nach einiger Zeit kleine Mengen Kuhmilch zuzugeben, traten Fieber, Bewusstseinstörung, Schwäche, Appetitlosigkeit, Diarrhöe und Gewichtsturz ein. Nach seinen Beobachtungen an 2 derartigen Kindern, kommt M. zu der Ansicht, dass es sich dabei um einen Zustand labilen Stoffwechsels handelt, in dem nach Einführung kleiner Mengen von Kuhmilch Fett und Zucker *in grösserer Menge* nicht vertragen wird. Ob die Stoffe von Kuh- oder Frauenmilch herrühren, ist dabei gleichgültig. Brückner (Dresden).

172. **Laits modifiés dans leur composition chimique ou moléculaire**; par le Dr. Elie Deeherf, Tourcoing. (Arch. de Méd. des Enf. p. 369. Juin. 1908.)

D. unterzieht alle in den letzten Jahrzehnten empfohlenen Methoden, um die Kuhmilch für die Säuglingsernährung tauglicher zu machen, einer kritischen Studie und gelangt zu dem Schlusse, dass keine das angestrebte Ideal zu erreichen im Stande ist. Er hat daher für die künstliche Ernährung der Säuglinge sterilisirte, rohe Kuhmilch angewendet und damit recht gute Resultate erzielt. Die Milch wird unter aseptischen Cautelen gemolken, pasteurisirt oder sterilisirt und ohne Wasserzusatz gegeben. Der einzige Nachtheil dieser Methode ist nur der noch allzu hohe Preis der Milch. Die Kühe, von der diese Milch gewonnen wird, erhalten eine besondere Nahrung und sind der Tuberkulinprobe unterworfen worden. In den seltenen Fällen, in denen die Säuglinge, wahrscheinlich in Folge einer angeborenen Schwäche der Verdauungwerkzeuge, die sterilisirte Kuhmilch nicht vertragen, wendet D. dio Duugern'sche Peguinmilch an.

E. Toff (Braila).

173. **Ueber Säuglingsernährung mit Yoghurtmilch**; von Dr. Max Klotz. (Ztschr. f. physikal. u. diätet. Ther. XII. 5. p. 261. 1908.)

Klotz ergänzt seine früheren Mittheilungen (Jahrbb. CCXCIX. p. 207). Die Yoghurtmilch ist so umständlich herzustellen und bedarf einer so sorgfältigen Ueberwachung, namentlich auf Gehalt an gefährlichen Keimen, dass sie für die allgemeine Praxis noch gar nicht in Betracht kommen kann. Gesunde Säuglinge brauchen sio entschieden nicht. Bei akuten Magendarmstörungen hat sie keine besonderen Vorzüge, bei chronischen scheint sie zuweilen zu helfen. Bei Rhachitis wirkt sie eher schädlich. Bei Säuglingsekzem lohnt ihre Anwendung. Dippe.

174. **Das Problem der künstlichen Ernährung der Säuglinge**; von L. Langstein. (Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 48. 1907.)

In dem Vortrag stellt L. den Wandel der Anschauungen über die Schwierigkeit der Säuglingsernährung mit Kuhmilch dar. Er bespricht zunächst kritisch die älteren Ansichten und streift dann die neueren Errungenschaften. die sich beim Studium des Stoffwechsels ergeben haben, sowie den Streit über den Werth der rohen und der gekochten Milch. Der lesenswerthe Aufsatz fasst einmal in Kürze alle die in den letzten Jahren lebhaft diskutirten Dinge zusammen und empfiehlt sich zu einer raschen Orientirung über den derzeitigen Stand der Lehre von der künstlichen Säuglingsernährung.

Brückner (Dresden).

175. **Zwei Ziegenfütterungsversuche mit roher und gekochter Kuhmilch.** *Ein Beitrag zur Frage der Ueberlegenheit der rohen oder der gekochten Milch*; von Otto Brückler in Ifagenow i. M. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 4. p. 373. 1907.)

Nach den sorgfältigen an 4 jungen Ziegen unter Brüning's Leitung durchgeführten Versuchen, die je zu zwei mit roher und mit gekochter, relativ keimarmer Kuhmilch gefüttert wurden, kommt B. zu dem Schluss, dass der Ernährungserfolg wahrscheinlich weniger vom Kochen oder Nichtkochen als vom Keimgehalt der Milch abhängig ist.

Brückner (Dresden).

Digitized by Google

176. **Das Verhalten des Stickstoffs im Magen-Darmkanal des neugeborenen Kalbes bei artgleicher Ernährung;** von Hans Bahrdt und Loo Langstein. (Jahrb. f. Kinderhkde. N. F. XVII. 1. p. 1. 1908.)

L. hatte beim 8- und 10tägigen Kalbe nachweisen können, dass das artgleiche Eiweiss der Nahrung bis zu den tiefen Bruchstücken, den Aminosäuren, bei der Verdauung gespalten wird. Beim weiteren Studium der Frage fanden B. u. L., dass sich die Sache bereits am 1. und 3. Tage eben so verhält. (Ueber die Aenderungen der Versuchstechnik ist das Original einzusehen.) Es geht also auch beim neugeborenen Thiere nicht, wie von anderer Seite ohne hinreichende Beweisführung behauptet wurde, das artgleiche Eiweiss der Milch unzersetzt in den Säftestrom über.

Brückner (Dresden).

177. **Opothérapie biliaire chez les nourrissons dyspeptiques atteints de dyshépatie biliaire;** par H. Barbier et Cruet. (Bull. de Thér. CLIV. 1. p. 10. 1907.)

B. u. C. schildern Säuglinge, die nach unserer Auffassung an Milchnährschaden litten. Sie nehmen bei diesen Kindern eine Funktionstörung der Leber an und behandeln sie mit getrockneter, pulverisirter Galle (2mal täglich 0.05). Soweit man aus den dürftigen Anamnesen der 5 mitgetheilten Beobachtungen ersehen kann, handelte es sich um überfütterte Kinder. Da B. u. C. die Kinder knapp ernährten, wären sie wohl auch ohne Gallenpulver genesen. Brückner (Dresden).

178. **Carottensuppe bei Ernährungsstörungen der Säuglinge;** von Dr. Ernst Moro. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 31. 1908.)

M. beschreibt die Zubereitung der von ihm bereits früher empfohlenen Carottensuppe und berichtet über seine sehr günstigen Erfahrungen. Am besten wirkt die Suppe bei „dem toxischen von Exsiccation begleiteten Symptomencomplex bei akuten Ernährungsstörungen“ und bei der auf Nährstoffintoleranz beruhenden „Flaschenkinderdyspepsie.“ Ihre Hauptwirkung besteht in einem schnellen Ersatz des dem Körper verloren gegangenen Wassers. Sie wird gern genommen, sättigt gut, wird Wochen lang vorzüglich vertragen; die Fähigkeit des Körpers, Nährstoff aufzunehmen, steigt unter ihrem Gebrauche schnell, die Darmflora erfährt eine gründliche Umwandlung. Dippe.

179. **Untersuchungen über Lösungen im Säuglingsmagen;** von Dr. G. B. Allaria. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 3. p. 259. 1907.)

A. hat bei 2 annähernd gesunden und 5 atrophischen Säuglingen den Mageninhalt nach Verabreichung verschiedener Nahrung längere und kürzere Zeit nach dem Trinken mittels der physikalisch-chemischen Untersuchungmethoden geprüft. Verabreicht wurden reine und verdünnte Milch, Zucker und Salzlösungen. Bestimmt wurden 1) der Gefrierpunkt, 2) die elektrische Leitungfähigkeit, 3) die innere Reibung, 4) die Oberflächenspannung, 5) das specifische Gewicht, 6) die Gesammtacidität, 7) die Chloride, 8) der Zucker, 9) freie Salzsäure und Eiweiss, 10) der Fettgehalt (in 6 Fällen). Ueber die Befunde muss das Original eingesehen werden.

Brückner (Dresden).

180. **Untersuchungen über Wasserstoffionen-Concentration im Säuglingsmagen;** von Dr. G. B. Allaria. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. Erg.-H. p. 123. 1908.)

Im Säuglingsmagen besteht nicht derjenige Grad von aktiver Acidität, den das Pepsin zur Entfaltung seiner vollen Wirksamkeit braucht und da auch das abgeschiedene Pepsin selbst nicht allzu leistungsfähig ist, so ist die Verdauung der Eiweissstoffe nur eine geringe, sie wird nur vorbereitet und eingeleitet und geht erst im Darme richtig vor sich.

Das Fehlen der freien Salzsäure und die geringe aktive Acidität des Magensaftes bedingen auch dessen geringe antiseptische Kraft. Dippe.

181. **Ueber den Magnesiumumsatz des Säuglings;** von Dr. Walter Birk. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. p. 300. 1907.)

B. bestimmte Magnesiumeinfuhr und -ausfuhr bei einer Anzahl von Säuglingen unter verschiedener Ernährung (Halbmilch mit Malz, Magermilch mit Milchzucker, Vollmilch, Magermilch mit Mehl und Milchzucker). Aus den Untersuchungen lässt sich Folgendes schliessen: Der Magnesiumbedarf des Säuglings wird vorwiegend aus der Milch gedeckt, in der er theils als Dimagnesiumphosphat, theils als Magnesiumcitrat vorhanden ist. Die Frauenmilch hat den niedrigsten Gehalt an Magnesium. Die Ziegenmilch besitzt mehr, die Kuhmilch am meisten. Aber das Magnesium der Frauenmilch wird, ebenso wie das Eisen, besser ausgenützt. Weiter erhält der Säugling Magnesium durch Zusatz von Wasser und Mehl zur Milch. Der künstlich ernährte Säugling erhält mehr Magnesium als der natürlich ernährte, woraus nicht folgt, dass er auch mehr ansetzen muss. Bei ihm wird die Hauptmenge nach Resorption im Dünndarm und Betheiligung am intermediären Stoffwechsel wieder ausgeschieden und zwar im Dickdarm, beim Erwachsenen in der Hauptsache durch die Nieren. Während hier die Magnesiumabgabe parallel der Zufuhr zu gehen scheint, spielen beim Säuglinge die anderen Nahrungscomponenten, vor allem die organischen, eine Rolle. Eine gute Retention findet statt bei fettarmer Nahrung. Zufuhr von Kohlehydrat wirkt auf die Retention in jedem Fall verschlechternd. Bei der Verabreichung von Vollmilch erhielt B. eine negative Magnesiumbilanz. Dieses Ergebniss darf jedoch nicht verallgemeinert werden. Denn die beiden in Betracht kommenden Kinder bekamen bei dieser Ernährung Fettstühle.

Brückner (Dresden).

182. **Ueber Harnsäureausscheidung im Säuglingsalter;** von Dr. A. Orgler. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 4. p. 383. 1908.)

Die Harnsäure, die in naher Beziehung zu den Purinbasen und damit zu den Nucleoproteiden steht, kann als Indikator für den Stoffwechsel dieser Nucleoproteide dienen. Sie muss sich bilden aus den mit der Nahrung zugeführten Nucleinen und den Nucleoproteiden, die während des Stoffwechselablaufes im Körper entstehen. Bei nucleinfreier Nahrung kommt nur die letztere Quelle in Betracht. Die Harnsäureabscheidung muss daher unter solchen Umständen absinken und, sobald sich die Versuchsperson im Stoffwechselgleichgewicht befindet, constant bleiben.

Wenn der Körper dauernd eine purinfreie Kost erhält und täglich eine gleichgrosse Menge Purinkörper in Form von Harnsäure ausscheidet, so muss er entweder an Purinbasen verarmen, also Nucleoproteide einbüssen oder aus nicht präformirten Substanzen Purinkörper synthetisch aufbauen. Für den Säugling könnte nun noch in Betracht kommen ein eventueller Vorrath von Nuclein, der vom Mutterleibe stammt und von dem er zehrt. Die von O. vorgenommenen Stoffwechselversuche ergaben nun Folgendes: Bei natürlicher Ernährung wurde weniger Harnsäure ausgeschieden als bei künstlicher. Die Vermehrung des Nahrungsstickstoffes war, wie beim Erwachsenen mit purinfreier Kost, ohne Einfluss auf die Harnsäureausscheidung. Vermehrte Kohlehydratzufuhr bewirkte in einem Versuch eine Verminderung der Harnsäureabscheidung. Diese Verminderung kann nicht direkt zu Stande kommen. Ihr ging parallel eine vermehrte N-Retention. Dies könnte sprechen für verminderten Zerfall von Nucleoproteiden oder herabgesetzte Bildung von Purinbasen. Hierfür liegt kein Anhaltepunkt vor. Eine andere Möglichkeit wäre die, dass bei gleichgrosser Bildung von Purinbasen in den Fällen von vermehrter N-Retention auch ein vermehrter Ansatz von Purinbasen und damit von Nucleoproteid stattfindet. Diese Auffassung hat vieles für sich. Brückner (Dresden).

183. **Stoff- und Kraftwechsel des Kindes im dritten bis sechsten Lebensjahre;** von Dr. Erich Müller. (Jahrb. f. Kindorhkde. 3. F. XVI. 5. p. 503. 1907.)

M. stellte vollkommene Stoffwechselversuche an 32 Kindern an, die, verschieden nach Anlage und körperlicher Entwickelung, etwas hinter dem Normalgewicht zurückstanden und gemischt ernährt wurden.

Das Nährstoffverhältniss betrug 1 : 6.2 (gegen 1:15 beim Säugling in Folge der reichlicheren Aufnahme von Fett und Kohlehydraten). 87% des aufgenommenen N wurden verdaut. Der Energieverlust mit dem Koth betrug 6%. Im Mittel betrug die N-Aufnahme 0.55 g im Tag für 1 kg, die Kraftzufuhr 104 Calorien. Dabei hatten aber viele Kinder eine übergrosse Gewichtszunahme. Die für die gedeihliche Entwickelung nöthige Energiezufuhr dürfte 96—97 Calorien betragen. Von dem aufgenommenen N (0.55) wurde resorbirt 0.48, retinirt 0.04. Von 100 g mit der Nahrung aufgenommenem N wurden resorbirt 90, angesetzt 10. Von 104 dem Körper zugeführten Calorien überhaupt blieben dem Körper zur Verfügung 90, während 6 mit dem Koth, 4 mit dem Urin verloren gingen. Der Mittelwerth für den Erhaltungsbedarf betrug 83, für Kinder mit mässiger Zunahme 87 Calorien. Knaben zeigten im Allgemeinen einen regeren Stoffwechsel als Mädchen. Aeltere Kinder wiesen eine höhere Kraftzufuhr auf als jüngere, die ihrerseits den grösseren Erhaltungsbedarf hatten. Mit zunehmendem Alter sank die N-Bilanz im Verhältniss zum gesammten Energieansatz beständig und näherte sich im 6. Lebensjahre derjenigen des Erwachsenen bei reichlicher Nahrung. Zwischen guten und schlechten Essern fanden sich in der N-Aufnahme keine Unterschiede. Aber die Kraftzufuhr betrug bei ersteren 106, bei letzteren 96 Calorien. Die Retention stellte sich bei den guten Essern auf 0.05, bei den schlechten auf 0.03, während die Resorption für N bei beiden Gruppen parallel der Aufnahme war. Die guten Esser hatten einen Kraftbedarf von 80 und nahmen zu, die schlechten einen solchen von 102 und nahmen ab. Die mageren Kinder nahmen mehr N mit der Nahrung auf, resorbirten auch mehr, aber retinirten weniger als die dicken. Aehnliche Unterschiede zeigten sich mit Rücksicht auf das Temperament, keine im Hinblick auf die Tiefe des Schlafes. Die Berechnung des Stoffwechsels auf die Körperoberfläche ergab, dass die Kinder mit der absolut kleinsten Oberfläche den grössten Kraftverbrauch zeigten. Was die Perspiratio insensibilis anlangt, so betrug der Gesammtverlust 48.6 und zwar durch respiratorische Verbrennung 4.9, durch Verdunstung in der Lunge (geschätzt) 24.8, durch Verdunstung von der Haut 18.9. Die dünnen und ruhigen Kinder hatten eine geringere Wasserabdunstung von der Haut als die dicken und unruhigen.

Brückner (Dresden).

184. **Untersuchungen über die Fettresorption des Säuglings;** von Dr. Schelble in Freiburg i. B. (Münchn. med. Wchnschr. V. 10. 1908.)

Die von Neumann und Neisser-Braeuning angegebenen Methoden, die *Zeit* des Sichtbarwerdens der durch den Chylusstrom in den grossen Körperkreislauf ergossenen Emulsion eben resorbirten Nahrungsfettes, und die *Menge* dieses Fettes zu bestimmen, wurde von Sch. für Säuglinge umgearbeitet.

Das zur Untersuchung entnommene Blut wurde centrifugirt, defibrinirt, und die durch das resorbirte Fett bedingte Trübungsintensität des frischen Serum vor einem schwarzen Hintergrunde bei starker

Digitized by Google

Beleuchtung bestimmt. Die gefundenen Trübungsgrade wurden in 5 Klassen untergebracht. Erläuterung der Methode und der bis jetzt gewonnenen Untersuchungsergebnisse an Kurven und Krankengeschichten. Riebold (Dresden).

185. **Ueber den Nachweis eines absättigbaren Toxins im Harn und Stuhl von Säuglingen;** von Dr. Walter Gellhorn. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 16. 1908.)

Auf der Suche nach Eiweissgiften in kranken Säuglingen fand G. mehrfach Weichardt's Kenotoxin, namentlich bei künstlich genährten Kindern mit Magen-Darmstörungen. Giebt man den Kindern Brustmilch, so verschwindet das Toxin. Wo das Kenotoxin entsteht, im Darme oder im intermediären Stoffwechsel, ob es die Folge des Zerfalles von Körpereiweiss ist, das lässt sich noch nicht beantworten. Dippe.

186. **Ueber die Anwesenheit von Erepsin im Darmkanal des Neugeborenen, resp. Foetus;** von Leo Langstein und Max Soldin. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVII. 1. p. 9. 1908.)

Erepsin ist ein von Cohnheim entdecktes Enzym, das im Dünndarm Albumosen, Pepton und bestimmte native Eiweisskörper in Aminosäuren zerlegt. L. u. S. konnten es im Dünndarm eines neugeborenen Kalbes und einer menschlichen Frühgeburt (30. Woche) nachweisen, während es bei einem $4^1/_2$ Monate alten menschlichen Foetus vermisst wurde. Brückner (Dresden).

187. **Les états bactériens des fèces des nourrissons à l'état normal et dans les affections gastro-intestinales; leurs variations suivant les régimes;** par P. Nobécourt et L. Révot. (Semaine méd. XXVII. 44. 1907.)

Nach Angaben über das bakterioskopische Stuhlbild beim gesunden und beim kranken Säugling gehen N. u. R. auf die Frage ein, ob diesem Stuhlbild eine causale Bedeutung zukommt. Sie verneinen die Frage und vertreten die Ansicht, dass die Aenderung der Darmflora lediglich der Ausdruck einer Aenderung des Nährbodens sein möchte. Am meisten wird die Darmflora beeinflusst durch Frauenmilch und Buttermilch, weniger durch Wasser- und Mehldiät. Im Allgemeinen scheint bei sehr umfangreichen, flüssigen Entleerungen, wie sie bei der Anwesenheit der fakultativen Aërobien sich einstellen, eiweissreiche Diät, bei putriden und spärlichen Stühlen (Anwesenheit von Anaëroben) hingegen Mehldiät angezeigt zu sein.

Brückner (Dresden).

188. **Das Verhalten der Nieren bei der alimentären Intoxikation;** von Dr. Georg Neumann. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 6. p. 633. 1907.)

N. untersuchte die Nieren von 6 Säuglingen, die unter den Erscheinungen der alimentären Intoxikation zu Grunde gegangen waren. Während des Lebens war im Urin eine geringe Eiweissabscheidung, vorübergehend das Auftreten von Cylindern, von Epithelien und weissen Blutkörperchen festgestellt worden. Die anatomische Untersuchung liess in den Nieren keinerlei schwerere Schädigungen parenchymatöser oder interstitieller Natur erkennen. N. schliesst daraus, dass die Nierenschädigung nicht die klinischen Erscheinungen der Intoxikation hervorgerufen hat. Es kann der Symptomencomplex der alimentären Intoxikation nicht als Urämie gedeutet werden.

Brückner (Dresden).

189. **Zur Kenntniss der Harnretentionen im Kindesalter und zur Frage der Pyocyaneussepsis;** von Dr. A. Blum. (Wien. klin. Wchnschr. LVII. 47. 1907.)

Chronische incomplete Harnverhaltung ist bei Kindern selten, meist durch Steine und angeborene Verengerungen der Harnröhre bedingt. Auch nervöse Ursachen der Retentio urinae werden, von der Compressionmyelitis abgesehen, selten angetroffeu. Englisch beschrieb Harnverhaltung bei Kindern mit angeboreu kleiner Prostata und dadurch hervorgerufener Blasenhalsklappe. B. machte folgende Beobachtung:

Ein 13jähr. Knabe mit Harntränfeln, war immer schwächlich, mit 3 Jahren Krämpfe, mit 5 Jahren Commotio cerebri. Seit 3 Jahren häufig Harndrang und Abgang nur kleiuer Harnmengen, Incontinenz. Vor $1^1/_2$ Jahreu Hämaturie und Schmerz in der Nierengegend. Genital unentwickelt, Prostata klein. Harnentleerung schmerzlos in mehrstündigen Pausen möglich. Daneben, namentlich beim Gehen, Harntränfeln. Ab und zu unwillkürliche Entleerung grösserer Urinmengen im Strahl. Geringer Grad von Hypertonie der Blase. Urin klar. Patellarreflex beiderseits lebhaft. Fussclonus. Therapie: Katheterismus, Urotropin. Eines Tages plötzlich schwere fieberhafte Erkrankung. Urin trübe, enthielt B. pyocyaneus in Reincultur. Knisterrasseln im rechten Unterlappen. Nach 24 Stunden Tod. Sektion: Pneumonie des rechten Unterlappens, Cystitis, Pyelonephritis, Peritonitis acutissima. Hydronephrosis dextra. Fettige Degeneration des Herzens und der Leber. In den abführenden Harnwegen kein Hinderniss. In den Vorderhörnern des 2. bis 4. Sacralsegmentes Degeneration der Zellen, Verdoppelung des Centralkanals.

Die Beobachtung spricht für das Bestehen eines spinalen Blasencentrum im Sacralmark.

Brückner (Dresden).

190. **Trichocephalus dispar im Kindesalter;** von Dr. W. Pexa. (Časopis lékařů českých. p. 1457. 1907.)

Der Trichocephalus dispar, ein für das Kind ernst zu nehmender Parasit, erzeugt im Kindesalter einen chronischen, äusserst hartnäckigen Darmkatarrh, der zu sekundärer Anämie führt, in Folge deren die Kinder leicht einer intercurrenten Krankheit orliegen. Da der Parasit allen Wurmmitteln trotzt, muss eine roborirende Allgemeinbehandlung

Digitized by Google

eingeleitet werden. Der Parasit bevorzugt den Dickdarm; die grössten Mengen finden sich im Blinddarm, im Wurmfortsatz und in dem benachbarten Colon ascendens; gegen das Rectum zu nimmt die Zahl ab. G. Mühlstein (Prag).

191. **Le rhumatisme viscéral chez les enfants;** par le Prof. E. Weill et Lucien Thévenot, Lyon. (Arch. de Méd. des Enf. X. 11. p. 651. 1907.)

Man beobachtet im Kindesalter, ausser dem gewöhnlichen Gelenkrheumatismus, der zu chronischer Perikarditis und Endokarditis führt, noch eine besondere klinische Form, die W. u. Th. mit dem Namen Rheumatismus viscéralis bezeichnen, bei der die Krankheit die Gelenke gar nicht oder nur sehr leicht berührt, sich aber hauptsächlich in den inneren Organen, namentlich im Herzbeutel und Herzmuskel lokalisirt. Der Beginn ist ein schleichender, es treten unbestimmte Schmerzen in den Gliedern, oder in den Gelenken auf, doch ohne Schwellung und ohne Röthe. Nach einigen Monaten, selbst Jahren, stellen sich Schmerzen in der Präcordialgegend und etwas Dyspnöe ein. Bei der Untersuchung findet man perikardiales Reiben, Vergrösserung des Herzens und der Leber, doch keine Cyanose und keine Oedeme. Die Temperatur ist schwankend, steigt auf 38°—38.5°, um dann wieder bis zur Norm oder ihr nahe, zu fallen. Es bestehen Appetitlosigkeit, Blässe, oft treten Hämoptysen auf. Die Krankheit dauert 3, 4, selten 6 Monate und endet tödtlich, indem in schleichender Weise Symptome der Herzschwäche sich einstellen, doch bestehen weder Oedeme noch Asystolie.

Bei der Sektion findet man ausser den Erscheinungen der Perikarditis und der Herzhypertrophie, auch solche einer Myokarditis: Vermehrung der Muskelkerne, Zerklüftung der Fasern, Vacuolenbildung und stellenweise Trübung des Gewebes.

Die Lungen zeigen congestionirte und verdichtete Stellen und in der Pleurahöhle findet man manchmal Exsudat in geringen Mengen.

Das Allgemeinbefinden ist scheinbar ein gutes und wenn der Kranke sich im Bette ruhig verhält, die Dyspnöe und beschleunigte Herzthätigkeit verschwunden sind, würde man kaum die Gefährlichkeit des Zustandes, der in relativ kurzer Zeit zum Tode führt, vermuthen. Man soll sich aber diese Umstände immer gegenwärtig halten, falls man bei einem Kinde perikardiale und endokardiale Geräusche, Herzhypertrophie mit zeitweiligen febrilen Temperaturen verfindet. E. Toff (Braila).

192. **Zur Behandlung der Sommerdurchfälle der Kinder;** von Dr. M. Geetz. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 32. 1908.)

Die grösste Gefahr sieht G. in der Hitze und räth deshalb die Kinder Tag über in den Keller zu stellen. Daneben Bäder; in den ersten Tagen nur Wasser mit Saccharin und etwas Rum, dann Grützenschleim, zu dem nach und nach condensirte Milch hinzugefügt wird. Letztere empfiehlt G. für die bescheidenere Praxis dringend. Dippe.

193. **Der Einfluss der Blutsverwandtschaft der Eltern auf die Kinder;** von Prof. E. Feer. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 2. p. 188. 1907.)

Die historisch-kritische Untersuchung führte F. zu folgenden Schlüssen: „1) Eigenartige oder schädliche Folgen, beruhend auf der Blutverwandtschaft der Eltern an sich sind nicht erwiesen. 2) Die Eigenschaften und Krankheiten der Nachkommen blutverwandter Eltern erklären sich aus den auch sonst gültigen Thatsachen der Vererbung. 3) Einige seltene Krankheitanlagen, sicher diejenigen zu Retinitis und zu angeborener Taubstummheit, erlangen mehr wie andere eine gesteigerte Vererbungintensität, wenn sie sich bei *beiden* Theilen eines Elternpaares vorfinden. Da nun die Wahrscheinlichkeit, dass die betreffenden Anlagen bei beiden Eltern verhanden sind, a prieri in Verwandtenehen grösser ist, als in Nichtverwandtenehen, so begünstigt diese besondere Tendenz der Retinitis pigmentosa und der angeborenen Taubstummheit zu zweigeschlechtiger Entstehung das Auftreten dieser Krankheiten bei den Kindern blutverwandter Eltern." Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

194. **Ueber einen neuen Weg, Lokalanästhesie an den Gliedmaassen zu erzeugen;** von Prof. A. Bier. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. 1908.)

Das zu anästhesireude Gebiet wird zwischen 2 weichen dünnen Gummibinden abgesperrt. In dem abgesperrten Gebiete wird möglichst nahe an der centralen Binde eine Hautvene aufgesucht, und zwar möglichst eine grössere Hautvene. Peripherwärts nach den Klappen zu wird eine feine Metallkanüle eingeführt und festgebunden, und das Gefäss nach dem Centrum zu abgebunden. Nunmehr spritzt man je nach der Operation 40—80 ccm 0.5proc., oder 100—150 ccm 0.25proc. Novocainlösung ein. Das Novocain muss, um Gewebereizungen zu vermeiden, in physiologischer Kochsalzlösung gelöst sein. Wenn dio Einspritzung richtig gelang, so ist das ganze Operationsgebiet fast augenblicklich anästhetisch, und es können Resektionen, Amputationen, Exartikulationen, Nekrotomien vorgenommen werden. In den meisten Fällen tritt nach einiger Zeit eine totale Anästhesie des ganzen Gliedes auch unterhalb der peripherischen Binde ein: indirekte Anästhesie. B. benutzt meist die direkte Anästhesie, manchmal auch die direkte und die indirekte zusammen. P. Wagner (Leipzig).

195. **Zur künstlichen Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg;** von Dr. H. Rimann. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. 1908.)

Momburg hat ein neues Verfahren angegeben, Operationen im oberen Theile des Oberschenkels und am Becken in einfacher Weise blutleer zu gestalten: er legt in der Taille zwischen Beckenschaufel und unterem Rippenrande einen dicken Gummischlauch unter voller Ausnutzung seiner Elasticität in mehrfachen Touren an, bis die Pulsation der Art. femoral. nicht mehr fühlbar ist. Das Verfahren ist praktisch erst 2mal erprobt worden, und zwar mit vollem Erfolge und ohne irgend welche Schädigung der Kranken. Einen weiteren Fall theilt R. aus der Trendelenburg'schen Klinik mit: Exartikulation eines Oberschenkelstumpfes. Die Momburg'sche Blutleere erwies sich als sehr brauchbar und unschädlich. Der Schlauch lag 25 Minuten lang; nach der Abnahme blieb der bis dahin unverändert gleichmässige Puls 20 Minuten lang deutlich dikrot.

P. Wagner (Leipzig).

196. **Die Wirkung der Bindenstauung im Thierexperiment;** von Dr. P. Frangenheim. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. 1908.)

Alle Thierversuche, die sich mit der Wirkung der Bindenstauung beschäftigen, haben in der Versuchsanordnung das gemein, dass bei ihnen ausschliesslich geschlossen gestaut wurde, also unter Verzicht auf Incisionen. Dadurch war es möglich, die *reine Hyperämiewirkung* zu prüfen, die nach Eröffnung der Entzündungsherde nicht mehr beobachtet werden kann. Die Versuche ergaben, dass die baktericide Wirkung der Stauungshyperämie nur gering sein kann. Auf Grund eigener Versuche möchte Fr. annehmen, „dass die Stauungshyperämie bei Eiterungen, die mit den häufigsten Eitererregern (Staphylokokken und Streptokokken) erzeugt wurden, nicht baktericid wirkt. Durch sofortige oder frühzeitige Stauung gelang es in keinem Falle, bei Entzündungen mit verschiedener Lokalisation die Entzündung zu unterdrücken. Folge der Behandlung war eine vermehrte Eiterbildung auf der gestauten Seite. Die Eiterherde wurden unter der Stauung von hartnäckigen Infiltraten umgeben. Knochenmarkeiterungen wurden ausschliesslich und Gelenkeiterungen in dem grösseren Theile der Fälle ungünstig durch die Stauung beeinflusst."

P. Wagner (Leipzig).

197. **Ueber die Behandlung akut entzündlicher Erkrankungen mit künstlicher Hyperämie;** von Dr. Blecher. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. 1908.)

Die aus dem Strassburger Garnisonlazareth stammende Arbeit erstreckt sich auf 506 Fälle von akut entzündlichen Erkrankungen — Furunkel, Leistendrüsenentzündungen, Panaritien, Osteomyelitis, Zellengewebeentzündungen, Lymphangitiden, Gelenkeiterungen —, in denen die künstliche Hyperämie angewandt wurde. Auch nach Bl.'s Meinung wird durch die Stauung die Behandlungsdauer abgekürzt und das funktionelle Resultat verbessert. Das Auftreten allgemeiner Sepsis hat Bl. auch unter den Streptokokkenerkrankungen bei der Stauungsbehandlung nicht beobachtet. Zwei Umstände haben jedenfalls zu den guten Erfolgen der Staubehandlung beigetragen. Es ist das einmal das frühzeitige Einsetzen der Behandlung, wie es durch die militärischen Verhältnisse ermöglicht ist; und dann, dass es sich bei den Kranken um junge, widerstandfähige Leute mit gesundem Herzen handelte.

Ausserdem hat Bl. noch in 66 Fällen von frischen Verletzungen die Stauung prophylaktisch angewendet. Einen absoluten Schutz gegen das Eintreten einer Eiterung gewährt die Stauung nicht, sonst müsste in allen Fällen eine Prima intentio erfolgt sein. P. Wagner (Leipzig).

198. **Ueber die Behandlung akuter und subakuter Eiterungen mit Stauungshyperämie nach Bier;** von Dr. K. Heinrichsen. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. 1908.)

Bericht aus dem Ohuchow-Frauen-Hospital in Petersburg über 178 Kranke, von denen 103 nur mit Saugglocke, 71 mit Bindenstauung, 4 mit beiden behandelt wurden. Unter gewissen Bedingungen giebt die Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen gute Resultate in kürzerer Zeit und ist den breiten Schnitten vorzuziehen. Damit Misserfolge vermieden werden, muss die Stauungshyperämie richtig dosirt werden, die Kranken müssen unter beständiger Aufsicht sein, und die Wunden nicht tamponirt werden. Die Stauungshyperämie giebt gute Resultate bei frischen infektionverdächtigen Verletzungen und Eiterungen nach Operationen.

P. Wagner (Leipzig).

199. **Zur Behandlung der Arthritis gonorrhoica der grossen Gelenke mittels Stauungshyperämie;** von Dr. W. Baetzner. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 1. 1908.)

In der Berliner chirurg. Universitätklinik wurden seit 1904 auf Anregung v. Bergmann's die *gonorrhoischen Gelenkerkrankungen* der Stauungstherapie unterworfen. B. berichtet ausführlich über 40 hierhergehörige Krankheitfälle und kommt dabei zu folgenden Ergebnissen: „Die Stauungsbehandlung stellt einen ganz wesentlichen Fortschritt in der Therapie der Arthritis gonorrhoica dar. Sie zeichnet sich aus durch ihre schmerzlindernde Wirkung. Der klinische Verlauf der Erkrankung ist unter der Stauung ein verhältnissmässig linder. Eine Mobilisirung der erkrankten Gelenke ist frühzeitig ermöglicht. Dadurch ist die Krankheits- und Behandlungsdauer wesentlich verkürzt; die funktionellen Resultate sind bessere. Ankylosen wurden

nicht beobachtet. Die Behandlungsmethode ist einfach, technisch nicht schwierig und durch ihre Billigkeit auch dem poliklinischen Kranken zugänglich. Man muss an der Forderung einer langdauernden, am zweckmässigsten 20—22stündigen Stauung festhalten. Auf Grund dieser Beobachtungen ist der Stauungstherapie eine noch ausgedehntere Verwendung in der Behandlung der Arthritis genorrhoica einzuräumen."

P. Wagner (Leipzig).

200. **Allgemeine Betrachtungen über die Eintheilung und Verhütungsmöglichkeit der postoperativen Lungencomplikationen;** von Dr. A. v. Lichtenberg. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 2. 1908.)

Die postoperativen Lungencomplikationen kann man in 2 grosse Gruppen eintheilen: in pneumonische und in grob embolische Complikationen. Die pneumonischen Complikationen sind entweder postnarkotischer (Narkosen-Aspirations-Retentionspneumonien) oder hypostatischer oder embolisch-infektiöser Natur. Diese letzteren bilden den Uebergang zu den grob embolischen Complikationen. Nach v. L.'s Ansicht sind die meisten postoperativen Pneumonien als postnarkotische anzusehen. Die zweite Rolle theilt v. L. der Hypostase zu, während embolisch-infektiöse Formen relativ am seltensten vorkommen. Die Hauptschädigung bildet die Narkose. „Es muss als eine strenge Forderung an jeden wissenschaftlich denkenden Chirurgen gelten, die Inhalationsnarkose nur dort anzuwenden, wo er mit lokal anästhesirenden Mitteln nicht auskommt."

Für die Vermeidung der hypostatischen Pneumonien ist vor allen Dingen nöthig die zweckmässige Vorbereitung des Herzens vor der Operation, dessen Schonung während der Operation und seine Unterstützung nach der Operation.

Den grob mechanischen Momenten muss durch öfters vorgenommenen zweckmässigen Lagewechsel des Kranken entgegengearbeitet werden, sowie durch Anregung der Respiration.

Für die Vermeidung der infektiös embolischen Pneumonien kommt in allererster Linie in Betracht die weitestgehende Vermeidung exogener Infektion, die peinliche Einhaltung der Regeln der strengen operativen Asepsis. P. Wagner (Leipzig).

201. **Ueber postoperative Lungencomplikationen embolischer Natur;** von Dr. E. Ranzi. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. 1908.)

In den letzten 7 Jahren wurden in der v. Eiselsberg'schen Klinik bei 6871 klinischen Operationen 57 sicher embolische Lungencomplikationen (0.82%) beobachtet, und zwar 23 tödtlich verlaufende, nicht inficirte Lungenembolien, 20 Lungeninfarkte, 14 embolisch-eiterige Processe. Das *therapeutische* Vorgehen bei Thrombose und Embolie möchte R. in folgende Schlusssätze zusammenfassen: Neben der strengen Durchführung der Asepsis halten wir die Vorbereitung der Kranken vor der Operation mit Herzmitteln, die Nachbehandlung mit Athemgymnastik, Lageveränderung des Thorax, leichter Massage der Extremitäten, für die wesentlichsten Mittel prophylaktisch der Gefahr der Thrombo-Embolie zu begegnen. Bei consequenter Durchführung dieser Maassregeln erscheint uns das frühe Aufstehen nach Laparotomien nicht nothwendig, sondern im Gegentheile aus anderen Gründen zu gefährlich. Bei eingetretener Thrombose und Embolie sind vollkommene Ruhe, Stärkung der Herzaktion mit Excitantien, sowie Morphium gegen die Lungenerscheinungen anzuwenden. Die Trendelenburg'sche Operation soll in geeigneten Fällen versucht werden, jedoch erst dann, wenn alle anderen Mittel versagt haben.

Zum Schlusse berichtet R. noch über einen Fall von Lungenembolie, in dem die Trendelenburg'sche Operation vorgenommen wurde. Leider konnte dabei ein auch nur vorübergehender Erfolg nicht erzielt werden. P. Wagner (Leipzig).

202. **Zur Frage der postoperativen Pneumonien;** von Dr. F. Protopopow. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 4. 1908.)

Kurzer Bericht über 135 postoperative Pneumonien; auf 1248 Laparotomien kamen 89 = 7.1%; auf 2506 andere Operationen 40 = 1.8%. 15 Pneumonien waren croupös, 120 lobulär. 35 Kr. starben (26.8%). Schluckpneumonie wurde kein Mal beobachtet.

P. Wagner (Leipzig).

203. **Etude clinique et expérimentale sur les parotidites post-opératoires;** par le Dr. Morel. (Thèse de Paris 1907.)

Nach grösseren Operationen, namentlich nach Laparotomien, wenn es sich um Eingriffe an dem Darme, dem Harnapparate oder dem weiblichen Genitale gehandelt hat, tritt zuweilen, gewöhnlich am 4. oder 5. Tage, eine akute Parotitis auf, die als eine post-operative Complikation angesehen werden muss, aber nicht direkt mit der Operation oder einer von ihr ausgehenden Infektion zusammenhängt.

Die Krankheit beginnt mit hohem Fieber, mit Delirien, einem Trockenheitgefühle im Munde, dann tritt eine schmerzhafte Schwellung der einen oder anderen Speicheldrüse auf. Das Oedem breitet sich auf die ganze Wange und auch auf die Augenlider aus. Die Schwellung kann zurückgehen und der ganze Process in Resolution endigen, was beiläufig in einem Drittel aller Fälle vorkommt, doch kommt es oft auch zu Eiterungen, die sich entweder von selbst durch den Stenon'schen Kanal entleeren, oder incidirt werden müssen. In seltenen Fällen kann es zu Gangrän mit tödtlichem Ausgange kommen.

Diese Entzündungen der Speicheldrüse beruhen auf einer Infektion vom Munde aus. Der Grund ist in einer Verminderung oder vollständigen Aufhebung der normalen Speichelsekretion in Folge der durch die Operation bedingten „Deshydration" des Körpers zu suchen, wodurch der Einwanderung von infektiösen Keimen aus dem Munde Vorschub geleistet wird. In prophylaktischer Beziehung wäre also der Mund sorgsam zu reinigen und durch Anregung des Kauaktes (Kauen einer Kautschukkugel) die Speichelsekretion in Gang zu halten. Gegen die ausgebrochene Krankheit wären feucht-warme Umschläge, Massirung und, wenn nöthig, Incisionen vorzunehmen. E. Toff (Braila).

Digitized by Google

204. **Versuche zur Behandlung der Neubildungen durch lymphatische Stase: die Ligatur des Bogens des Ductus thoracicus und die Ligatur der Pequet'schen Cisterne;** von Prof. C. Severeanu und Dr. Iean Jianu in Bukarest. (Revista de Chir. p. 241. Juni 1908.)

S. u. J. haben die Ligatur des Ductus thoracicus da, wo er sich in die Vena subclavia ergiesst, vorgenommen und hierdurch in sehr günstiger Weise die Schmerzen, die ein grosses, nicht operables Sarkom der Bauchhöhle bewirkte, beeinflusst. Auch das Allgemeinbefinden und der Appetit besserten sich. In 3 Fällen von inoperablem Carcinom des Gebärmutterhalses, wurde die beiderseitige Unterbindung der Arteriae hypogastricae und der Pequet'sche Cisterna chyli gemacht und der Erfolg war, dass Sekretion, Blutung und Fötidität auffallend abnahmen, bez. ganz verschwanden. Der Allgemeinzustand wurde ebenfalls besser und die Kr. verloren ihr kachektisches Aussehen.

S. u. J. nehmen sich vor, in Zukunft in Fällen von nicht operablen Gebärmutterkrebsen nur die Cisterna chyli und nicht auch die hypogastrischen Arterien zu unterbinden, um den Einfluss der reinen lymphatischen Stase auf das Neugebilde zu studiren. E. Toff (Braila).

205. **Zur Therapie des äusseren Milzbrandes;** von Dr. O. Creite. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 51. 1907.)

Mittheilung von 13 Fällen von äusserem Milzbrand, die in der Göttinger chirurg. Klinik beobachtet wurden. Auf Grund der dabei gemachten Erfahrungen hält Cr. ausgedehnte Operationen, wie sie die Excision und Kauterisation darstellen, nicht für nöthig, um den äusseren Milzbrand zu heilen. Absolute Ruhe der Kranken, Suspension des erkrankten Gliedabschnittes und Umschläge mit $2^1/_2$proc. essigsaurer Thonerde auf die erkrankte Hautpartie führten bald innerhalb weniger Wochen zur Heilung. P. Wagner (Leipzig).

206. **Zur Frage der Behandlung des äusseren Milzbrandes beim Menschen;** von Dr. Schwarz. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Nach den Erfahrungen der v. Bramann'schen Klinik heilt auch in schweren Fällen der äussere Milzbrand, wenn es sich nicht um ganz ungünstige Verhältnisse handelt, *ohne* Operation schneller und eben so sicher, wie mit einer solchen. Die Erfahrung, dass die Operation manchmal zu einer Verschlimmerung und zum Tode geführt hat, lässt ihre Anwendung beinahe als einen Kunstfehler erscheinen. Schw. empfiehlt einen Verband mit grauer Salbe. 12 Krankengeschichten werden kurz angeführt. P. Wagner (Leipzig).

207. **Zur Behandlung des Decubitus;** von Dr. Richard Teller in Giesseu. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 19. 1908.)

Rothe, verdächtige Stellen bedeckt T. mit Lassar'scher Paste. Geschwüre füllt er mit Mullbäuschchen aus, die mit essigsaurer Thonerde oder Wasserstoffsuperoxyd getränkt sind und massirt die Wundränder. Auf diese Massage legt T. grossen Werth. Sie bewirkt vermuthlich eine starke arterielle Hyperämie und befördert die Heilung in überraschender Weise. Dippe.

208. **Die chirurgische Behandlung der Verbrennungscontrakturen der Hand und Finger durch Wanderlappen-Fernplastik;** von Dr. P. Klemm. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Mittheilung von 3 Fällen von volaren und 2 Fällen von dorsalen Contrakturen, die durch Wanderlappen-Fernplastik geheilt wurden. Die Lappen selbst müssen so gross geschnitten werden, dass sie den Defekt reichlich ausfüllen und nicht die geringste Spannung, selbst bei äusserster dorsaler oder volarer Flexion besteht. Die Ernährungsbrücke kann nach 9 Tagen durchschnitten werden. Ist der Lappen angeheilt und die Vernarbung so weit vorgeschritten, dass man mit Bewegungen beginnen kann, so fängt der schwierigste Theil der Behandlung an. P. Wagner (Leipzig).

209. **Zur Frage der conservativen Operationsmethoden bei den Sarkomen der langen Röhrenknochen;** von Prof. Borchard. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 1. 1908.)

Auf Grund von 7 eigenen Beobachtungen glaubt B. die conservativen Operationen bei allen vom Knochen und Periost ausgehenden Sarkomen der langen Röhrenknochen in erster Linie in Erwägung ziehen zu müssen. Nicht das mikroskopische Verhalten, sondern das makroskopische, d. h. die räumliche Ausdehnung ist es, was entscheidet, ob noch ein conservatives Verfahren anzuwenden ist oder nicht. Bei allen abgekapselten Geschwülsten, nicht zu verwechseln mit schaligen Tumoren, ist das conservative Verfahren das Verfahren der Wahl. Nur wenn die Weichtheile in ganz ausgedehnter Weise ergriffen sind, nur wenn zur Erhaltung der Extremität nothwendige Theile so in Mitleidenschaft gezogen sind, dass sie nicht geschont werden können, nur dann treten die verstümmelnden Operationen in ihr Recht. Bei der Behandlung der bösartigen Geschwülste bilden also das conservative Verfahren die Regel, die verstümmelnden Verfahren die Ausnahmen. Die funktionellen Misserfolge bei conservativen Operationen sind nicht so sehr zu fürchten, da die Muskeln sich selbst bei ausgedehnten Knochenverkürzungen wieder anpassen und da die Regenerationfähigkeit der Knochen wohl in einer Reihe der Fälle verlangsamt sein kann, sich aber nachher doch soweit wieder einzustellen pflegt, dass eine feste Vereinigung zu Stande kommt. Das Alter spielt hierbei keine ausschlaggebende Rolle. P. Wagner (Leipzig).

210. **Ueber congenitales Femursarkom, geheilt durch operative und Röntgenbehandlung, nebst Bemerkungen über congenitale maligne Tumoren;** von Dr. C. Geebel. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. 1908.)

Digitized by Google

3wöchiges Kind mit einem angeborenen, d. h. bei der Geburt sofort bemerkten und dann rasch gewachsenen periostalen Spindelzellensarkom der rechten unteren Femurepiphyse, das durch combinirte operative und Röntgenbehandlung bis jetzt (14 Monate) vollkommen geheilt wurde. Mikroskopisch fanden sich in dem Tumor zunächst deutliche Zellen schrankenlosen Wachsthums; als Eigenthümlichkeit das Vorkommen eines mit Rundzellen erfüllten Kanalsystems; als Zeichen der Röntgenstrahlenwirkung beginnende und ausgesprochene nekrobiotische Vorgänge mit mehr oder weniger intensiven entzündlichen Erscheinungen.

Auf Grund dieses Falles und weiterer eingehender Untersuchungen kommt G. zu folgenden Ergebnissen: „1) Die congenitale Genese reiner Sarkome (und Carcinome) ist unzweifelhaft, wenn auch selten. 2) Diese streng congenitalen Tumoren treten an Stellen auf, an denen auch im postuterinen Leben Tumoren beobachtet werden, die dann öfter auf andere Ursachen, zum Theil Trauma, zurückgeführt werden. 3) Die intrauterine Uebertragung einer Geschwulst von der Mutter auf den Foetus ist nur 1mal beobachtet worden. Für eine parasitäre Genese der Tumoren lässt sich hieraus eben so wenig ein Schluss ziehen, wie Heredität nachgewiesen werden kann. 4) Die Röntgenstrahlenwirkung auf die Tumorzellen ist eine mehr oder weniger ausgesprochene Nekrobiose, vom Schwinden der Chromatinsubstanz des Kernes bis zu ausgesprochener Nekrose. Dazu treten entzündliche Erscheinungen. Die operative Behandlung (Incision und Excochleation) des Tumors unterstützt die Röntgenisirung vielleicht dadurch, dass sie eine seröse und leukocytäre Durchtränkung des Tumors und damit eine Art von Sensibilisirung herbeiführt. 5) Die Kienböck'sche Ansicht von der guten Reaktion gerade der zellenreichen, rasch wachsenden Sarkome auf die Radiotherapie, und die Foersterling'schen Thierexperimente über die Fernwirkung auch nur kurzer Bestrahlung auf jugendliches Gewebe werden durch den Fall bestätigt."

P. Wagner (Leipzig).

211. **Zur Diagnose der Knochenechinokokken;** von Prof. C. Ritter. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 2. 1908.)

Knochenechinokokken sind ausserordentlich selten. R. theilt 2 neue Beobachtungen aus der Greifswalder chirurg. Klinik und Poliklinik mit.

Im 1. Falle handelte es sich um einen 33jähr. Kr. mit *Knochenechinococcus des Oberschenkels*, der fast die ganze Diaphyse einnahm und mit Abscedirung im Knochen verbunden war. Keine Spontanfraktur; Diagnose durch Röntgenbild gesichert.

Der 2. Fall betraf einen 58jähr. Kr. mit *Echinococcus der Clavicula*, der zunächst diese in eine grosse buchtige Knochenhöhle umgewandelt und dann auf das Sternum und die 1. Rippe übergegriffen hatte, so dass sie nun eine gemeinsame Höhlung darstellten. Durch zahllose abgestorbene und zerfallene Blasen und durch massenhafte Bildung von Cholestearinkrystallen war ein Brei entstanden, der makroskopisch ganz genau wie Atherombrei aussah. Eine sichere Diagnose war nur durch das Röntgenbild möglich.

Obgleich die beiden Fälle nach ihrem Verlaufe und dem Inhalte der Knochengeschwulst ganz verschieden waren, war das Röntgenbild so gleich, dass man es wohl als typisch für Knochenechinococcus überhaupt hinstellen darf. Eine solche Umwandlung des Knochens in zahllose, dicht neben einander liegende Cysten auf weite Strecken hin ohne Partien dichteren Knochengewebes dazwischen, mit so starker Verdünnung der Corticalis und fehlender periostealer Wucherung oder Auftreibung des Knochens kommt weder bei entzündlichen Processen, noch bei Tumoren vor.

In beiden Fällen wurde mit Erfolg die Nekrotomie vorgenommen. Im 2. Falle bewährte sich ausgezeichnet die Saugbehandlung zur Entleerung und Reinigung der grossen Wundhöhlen.

P. Wagner (Leipzig).

212. **Erfahrungen über die Jodoformknochenplombe nach v. Mosetig-Moorhof;** von Dr. Menrers. (Beitr. z. klin. Chir. LVI. 1. 1907.)

M. berichtet über die Erfahrungen, die Marwedel in 45 Fällen (9 Osteomyelitiden, 1 Knochenlues, 35 Tuberkulosen) mit der Jodoformknochenplombe gemacht hat. Die Plombirungsmethode von v. Mosetig-Moorhof stellt ein sehr werthvolles Mittel dar, um Defekte im Knochen rasch zur Heilung zu bringen. Sie eignet sich in erster Linie zur Ausfüllung tuberkulöser Knochenherde, bei osteitischen Processen ohne oder mit gleichzeitiger Gelenkerkrankung. Die Anwendung der Plombe ermöglicht bei Gelenkresektionen ein sehr schonendes Vorgehen, da es in der Regel genügt, die dünne Knorpellamelle abzutragen und die höher reichenden Herde in den Gelenkstümpfen auszubohren und mit Plombe zu füllen. Ein Ausgiessen des Gelenkspaltes selbst mit Plombe ist bei Knie- und Ellenbogenresektionen zu widerrathen. Bei osteomyelitischen Knochenhöhlen empfiehlt es sich, die Plombirung erst im chronischen Stadium vorzunehmen, und zwar bei noch starker Eiterung erst nach mehrtägiger offener Tamponade der freigelegten und gesäuberten Höhlen.

P. Wagner (Leipzig).

213. **Zur Therapie der Phosphornekrose;** von Dr. Dora Teleky. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. 1908.)

Mittheilung aus der v. Eiselsberg'schen Klinik über 11 Kranke mit Phosphornekrose, von denen 7 exspektativ, 4 mit frühzeitiger Resektion behandelt wurden. T. stellt folgende Schlusssätze auf: „1) Die exspektative Methode, d. h. conservative Behandlung mit antiseptischen Spülungen, Incision und Drainage schmerzhafter Abscesse, sowie Excochleation von Fistelgängen mit folgender Extraktion des völlig gelösten Sequesters, ist der subperiostalen partiellen Unterkieferresektion vorzuziehen. Die Nachtheile einer länger dauernden Eiterung werden überwogen durch die Vortheile einer sicheren Aussicht auf definitive Heilung, durch das viel bessere kosmetische und funktionelle

Resultat, bewirkt durch eine gute und dauerhafte Knochenlade, die nach Entfernung des Sequesters zurückbleibt. 2) Die Nachtheile der frühzeitigen Resektion bestehen in der anscheinenden Unmöglichkeit, die Grenzen des Kranken gegen das Gesunde zu bestimmen, in der unsicheren, manchmal sehr mangelhaften oder auch ausbleibenden Knochenregeneration. 3) Es ist die Möglichkeit zuzugeben, dass durch die Resektion und die mit ihr verbundene Reizung des Periosts die bisher noch latente Phosphorintoxikation an Knochenpartien in der Nachbarschaft des Resecirten zu manifesten und akuten Erscheinungen angefacht wird. 4) Gerade die Fälle von Unterkieferresektion wegen Phosphornekrose scheinen für die Immediatprothesenbehandlung nicht geeignet zu sein, da bei weiterschreitendem Krankheitprocesse die Befestigung der Prothese an dem nun auch erkrankten Kieferstumpfe vom Kranken sehr schmerzhaft empfunden wird, andererseits das Lockerwerden der zurückgebliebenen Zähne diese nicht als Stützpunkt für die Prothese gebrauchen lässt. Unsere klinischen Erfahrungen und Ueberlegungen haben uns dahin geführt, dass wir trotz aller Errungenschaften der neueren chirurgischen Technik die Ueberlegenheit des ältesten Verfahrens, der exspektativen Methode, anerkennen müssen."

P. Wagner (Leipzig).

214. **Ueber Osteoplastik;** von Prof. A. Barth. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. 1908.)

B. beschreibt einige Osteoplastiken aus seiner Praxis. Nach diesen Beobachtungen, die sich mit den Erfahrungen anderer Aerzte decken, ist es für B. nicht zweifelhaft, dass die Auto- und Homoplastik mit periostgedeckten Knochenstücken für den Ersatz von Continuitätdefekten der Röhrenknochen die souveräne und allein sicher zum Ziele führende Methode ist. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei wandständigen höhlenförmigen Defekten der Röhrenknochen und bei Schädeldefekten. Hier verbürgt der ossifikationsfähige Boden den knöchernen Ersatz auch bei Implantation sterilen todten Materiales. P. Wagner (Leipzig).

215. **Die Verwendung der freien Knochenplastik nebst Versuchen über Gelenkversteifung und Gelenktransplantation;** von Prof. E. Lexer. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. 1908.)

L. berichtet über seine Erfolge mit *freier Knochentransplantation*. Es handelt sich zunächst um bekannte Eingriffe; um den Ersatz von Lücken der Schädelknochen; um das Heben von eingesunkenen Stellen des Gesichtskeletts; um vollständige Defekte der Röhrenknochen und des Unterkiefers; um die Heilung von Pseudarthrosen, auch am Schenkelhals; durch Bolzung der benachbarten Knochen wurden Versuche zur Versteifung paralytischer Gelenke, namentlich des Fussgelenkes, gemacht. Besonders interessant waren die Versuche L.'s um den Ersatz grosser Abschnitte der Röhrenknochen sammt einem Gelenkkopfe oder sammt beider Epiphysen, sowie namentlich die Versuche, ganze Gelenke zu transplantiren: Kniegelenke bei 2 Erwachsenen. Jedenfalls ist der Vorversuch die Verpflanzung eines ganzen Gelenkabschnittes, als gelungen anzusehen.

Zur Verpflanzung eignet sich am besten lebenswarmer, mit Periost bekleideter Knochen; während ausgekochter Leichenknochen sich nur da bewährte, wo er unter Periost oder in den Knochen hinein verpflanzt worden war. Bei grossen Röhrenknochenersatzstücken wurde das Knochenmark entfernt, da entzündliche Erscheinungen der Resorption seiner Zerfallstoffe folgten, und durch Jodoformknochenplombe ersetzt. P. Wagner (Leipzig).

216. **Beiträge zum Capitel der totalen Scalpirung;** von Dr. T. Miyata. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 4. 1908.)

Den 36 von Lotheissen zusammengestellten Fällen von totaler Scalpirung fügt M. 3 weitere Fälle aus der Literatur, sowie eine eigene Beobachtung an. Für die grosse Wundfläche empfiehlt M. Verbände mit Borsalbe. Bei der Thiersch'schen Transplantation müssen die Läppchen stets ganz trocken aufgelegt werden; am besten werden sie direkt auf die zu deckende Stelle gebracht.

P. Wagner (Leipzig).

217. **Rhinoplastik mittels direkter Einpflanzung eines Hautperiostknochenlappens aus der Schlüsselbein-Schultergegend;** von Dr. G. Mandry. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 1. 1908.)

Bei einer Lupuskranken, bei der im Laufe der Jahre die ganze häutige und knorpelige Nase verloren gegangen und die anschliessende Wangenpartie zum Theil narbig geworden war, hat M. mit Erfolg eine neue Nase aus dem Schlüsselbein und der Brust- und Schulterhaut gebildet.

Die Methode der direkten Einpflanzung einer hautunterfütterten Schlüsselbeinspange mit Schulterhautbrücke in den Nasendefekt ist ein neuer rhinoplastischer Weg, der gegenüber den Wangen- und Stirnmethoden den Vortheil des Wegfalles neuer entstellender Narben voraus hat, gegenüber den bisherigen italienischen Methoden den Vorzug des Ausbleibens von Funktionstörungen am Orte der Lappenentnahme und von geringerer Belästigung für den Kranken, gegenüber beiden Methoden verhältnissmässige Kürze und Einfachheit.

P. Wagner (Leipzig).

218. **Die Correktur der Schiefnase;** von Dr. Jaques Joseph in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 49. 1907.)

Bei angeborenen und veralteten erworbenen Schiefnasen operirt J. nach neuen, von ihm erfundenen Methoden. Bei Schiefheit des knorpeligen Nasenrückens zieht er durch Seidenfäden das knorpelige Septum an den entgegengesetzten Oberkieferrand. Bei Schiefheit der knöchernen Nase macht er eine Keilexcision aus dem Processus nasalis des Oberkiefers, und zwar aus der Breitseite der Schiefnase neben der linearen Durchtrennung auf der anderen Seite. Beide Methoden lassen sich intranasal

ausführen, so dass jede äussere Narbe vermieden wird. Die Dauer der Behandlung ist kurz, der Erfolg gut.

Hochheim (Halle a. d. S.).

219. **Ueber den Nutzen und die Gefahren der der ein- und doppelseitigen Oberkieferresektion vorausgeschickten Carotisunterbindung;** von Prof. Wieting. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XC. 1—3. 1907.)

W. ist mit Anderen der Ueberzeugung, dass die Indikation sowohl für die Ligatur, wie für die temporäre Sperre der Carotis comm. auf seltene Fälle beschränkt werden kann. Es sollte die Carotis comm. nie in Angriff genommen werden, wenn die Stromaufhebung in der Carotis int. oder in der Carotis ext. allein genügt. Die Unterbrechung des Stromes in der Carotis ext. ist vollkommen ausreichend für alle Operationen an den Gesichtstheilen, wozu die Oberkieferresektionen das grösste Contingent stellen. W. hat wegen Oberkieferresektion 10mal die Unterbindung der Carotis ext. ausgeführt, in 3 Fällen von doppelseitiger Resektion die doppelseitige Unterbindung. Einer der letzteren Kranken erlag einer recht unglücklichen Complikation: der obliterirenden Thrombose der A. carotis comm. et int. sinistra. Bei Einhaltung bestimmter Vorsichtmaassregeln kann man aber wohl die Carotis ext.-Unterbindung als harmlosen Eingriff hinstellen und empfehlen; sie steht an Gefahrlosigkeit der temporären Abklemmung kaum nach und ist einfacher als diese. P. Wagner (Leipzig).

220. **Beitrag zur Methodik der Unterkieferresektionen;** von Dr. E. Heller. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Bei Unterkieferresektionen leistet die Immediatprothesebehandlung namentlich mit der Schröder'schen Schiene hinsichtlich der Funktion Befriedigendes und Gutes, so lange die sekundäre Prothese an Zähnen oder an der Fossa glenoidalis einen genügenden Halt findet. Sie genügt den Anforderungen der Kosmetik auch, wenn sie durch eine schiefe Ebene mit oder ohne Metallbügel und Gaumenplatte am Oberkiefer gestützt werden kann. Ihre Funktion wird jedoch ungenügend, wenn die sekundäre Prothese keinen genügenden Halt findet und das ist der Fall bei Resektion des ganzen horizontalen Unterkieferastes oder bei zahnlosen Unterkiefern. Die Versuche der osteoplastischen Vereinigung verdienen entschieden weitere Bearbeitung. P. Wagner (Leipzig).

221. **Weitere Erfahrungen über Kiefersatz bei Exartikulation des Unterkiefers;** von Dr. F. König jun. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 3. 1908.)

Auf Grund früherer Erfahrungen glaubt K. für Exartikulationen einer Unterkieferhälfte bei noch gutem Zahnbestande die Anwendung der Immedistprothese nach Claude Martin in der Schröder'schen Modifikation als bestes Verfahren empfehlen zu müssen. Auch die Dauerprothese soll, wenn nicht bestimmte Gegengründe mitreden, bis in das Gelenk reichen. Eine schiefe Ebene ist bei diesem Vergehen überflüssig. Bei völlig zahnlosem Munde versagen die Hülfsmittel der zahnärztlichen Technik mehr oder weniger. Immer wieder drängt sich uns da der Wunsch auf, eine der Natur nahekommende Nachbildung des verloren gegangenen Unterkiefertheiles dadurch zu schaffen, dass man den Ersatztheil mit dem Unterkieferstumpf vereinigt und in die Wunde in der Absicht dauernder Einheilung versenkt.

Nach seinen eigenen Erfahrungen ist K. geneigt, *bei zahnlosem Munde*, vorausgesetzt, dass die Operation den Abschluss der Mundhöhle durch Vernähen der Schleimhaut gestattet, die *Versenkung eines Elfenbeinersatzes bei der Unterkieferexartikulation als Normalverfahren* zu empfehlen. P. Wagner (Leipzig).

222. **Die congenitale Gaumenspalte;** von Dr. J. Petřivalský. (Časopis lékařu českých. p. 85. 1908.)

P. verwendet zum Verschlusse des Defektes folgende Naht: er legt zuerst eine Reihe adaptirender Nähte, die 1 cm von einander entfernt sind und ausser dem Schleimhautrand auch die Submucosa und einen Theil der Muskulatur, insofern sie überhaupt vorhanden ist, einschliessen; dazwischen legt er, um eine Spannung zu verhüten, eine Reihe von Stütznähten, die ebenfalls 1 cm von einander entfernt sind, die ganze Dicke der Lappenwand umfassen und etwas weiter vom Wundrand entfernt sind als die Adaptirungsnähte. — Zur Füllung des Defektes benützt er das plastische Verfahren nach Langenbeck, das er modificirt, indem er die vollständige Muskeldiscission unterlässt, dafür aber nach oberflächlicher Incision die Muskulatur in stumpfer Weise schräg theilt. Der Hamulus pterygoideus und die an ihm sitzenden Muskeln werden nicht durchtrennt.

G. Mühlstein (Prag).

223. **Bakteriologische Nachprüfung der zahnärztlichen Therapie der Pulpagangrän;** von Prof. B. Mayrhofer und Dr. F. Ballner. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 17. 1908.)

Die Zahnärzte legen einen antiseptisch durchtränkten Faden in die Zahnwurzelkanäle, und wenn der Zahn darauf nicht reagirt und der Faden nicht mehr den charakteristischen fötiden Geruch aufweist, dann halten sie den Kanal für steril und füllen den Zahn. Nach den Untersuchungen der Vff. ist die Sache doch nicht so einfach. Aus gänzlich geruchlosen Fäden konnten Streptokokken in Reincultur gezüchtet werden, sogar aus Fäden, die nach dem Desinficiens rochen. Aber auch wenn der Faden steril war, enthielt der Kanal Streptokokken. Und auch das Reaktionlosbleiben des verschlossenen Zahnes, sowie das Verheilen von Fisteln waren kein zuverlässiger Beweis für die Sterilität.

Dippe.

224. **Ueber Operation von tiefliegenden Zungenabscessen;** von Dr. A. Brunk. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 23. 1908.)

Br. räth, tiefliegende Abscesse im hinteren Theile der Zunge von aussen unten her zu eröffnen. Man legt am besten den M. hypoglossus frei und drängt seine Fasern stumpf auseinander, bis man auf den Abscess kommt, oder man schneidet, wenn der Abscess mehr in der Mitte liegt und eine deutliche Vorwölbung macht, in der Medianebene über dem Zungenbeine ein. Dippe.

225. **Ueber die Epulis und die Resultate ihrer Behandlung;** von Dr. R. Kühner. (Beitr. z. klin. Chir. LV. 3. 1907.)

Digitized by Google

K. berichtet über 90 Kranke mit Epulis, die 1870—1905 in der Tübinger chirurg. Klinik behandelt wurden. Von 31 histologisch untersuchten Geschwülsten waren 20 Riesenzellonsarkome. 2 Drittel der Epuliskranken waren Weiber. 4 Kr. wurdou nicht operirt, davon erlagen 3 ihrem Leiden; bei einem 5jähr. Knaben trat Spontanheilung oin; die Epulis blieb auch geheilt, wio durch die Nachuntersuchung nach 25 Jahren festgestellt werden kounte. 86 Kr. wurden operirt; von 79 ist das Endergebniss bekannt. Es blieben nach der ersten Operation 72 = 91.12% dauernd geheilt. In 7 Fällen traten Recidive auf; von diesen Kranken wurden 5 durch weitere Operation dauernd geheilt; 2 Kr. starben an Recidiven. Dauernd geheilt blieben demnach 77 oder 97.47% der operirten 79 Kranken.

Die an einem grossen Materiale angestellten Nachforschungen haben also zweifellos ergeben, dass die unter dem Namen Epulis bekannten Geschwülste des Alveolarfortsatzes bei radikaler operativer Behandlung eine günstige Prognose geben, bei ungenügender Behandlung und Entfernung aber leicht recidiviren und, sich selbst überlassen, in der Regel zum Tode führen.

P. Wagner (Leipzig).

226. **Symmetrische Lymphangiome der Mundspeicheldrüsen;** von Dr. E. Hagenbach. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4—5. 1908.)

Genauer klinischer und pathologisch-anatomischer und histologischer Befnnd in einem Falle von symmetrischer lymphangiomatöser Erkrankung aller Mundspeicheldrüsen bei einem 5monat. Kinde. Ganz abgesehen davon, dass dieser Fall als Rarität ein gewisses Interesse verdient, zeigt er, dass nicht jede symmetrische Anschwellung der Speicheldrüsen als eine Mikulicz'sche Erkrankung angesprochen werden darf, da nachgewiesener Maassen die Möglichkeit besteht, dass dasselbe klinische Bild durch mehrere Affektionen hervorgerufen werden kann.

P. Wagner (Leipzig).

227. **Operation bösartiger Mandelgeschwülste;** von Dr. Carl Vohsen in Frankfurt a. M. (Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 2. p. 161. 1908.)

Der Unterkiefer wird am vorderen Masseterrande freigelegt und dann hinter der Art. maxill. ext. von hinten oben nach vorn unten durchsägt. Nnn wird er mit breitem Haken hinter seinem aufsteigenden Aste soweit nach oben und vorn verschoben, dass V. den gleichen Effekt orreicht, wie Miknlicz durch totale Resektion des anfsteigenden Unterkieferastes. Hierdurch hat man oinen guten Ueberblick über das Operationsgebiet und kann beinahe vollkommen extrabuccal operiren. Hochheim (Halle).

228. **Ueber Nervenläsionen bei Drüsenexstirpation am Halse;** von Dr. M. Westergaard. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. 1908.)

Mit Rücksicht anf die Nerven stellt W. folgende Regeln für Incisionen am Halso auf: 1) Die Incision darf nicht über einen Punkt gelegt werden, der der Mitte des hinteren Randes des Sternocleidomastoideus entspricht. 2) An der oberen Hälfte des Halses wird parallel mit den Falten der Haut incidirt. 3) An dor unteren Hälfte parallel mit den Falten der Haut oder mit dem Sternocleidomastoidens. 4) Hülfsschnitte oder mehrere parallele Schnitte nach den in 2 nnd 3 angegebenen Regeln können verwandt werden, wenn es wegen Ausdehnung der Geschwulst Schwierigkeiten macht, dem der Mitte des hinteren Randes des Sternocleidomastoideus entsprechenden Punkte zu entgehen, wo der N. accessorius austritt und der gleichsam ein gemeinsames Centrum bildet, von wo aus alle Zweige des Plexus cervicalis superficialis ausstrahlen.

P. Wagner (Leipzig).

229. **Ueber die Nervenpfropfung im Gebiete des N. facialis;** von Dr. A. Davidson. (Beitr. z. klin. Chir. LV. 2. 1907.)

Nach einem kurzen historischen Ueberblicke über die Nervenpfropfungen im Gebiete des Nervus facialis theilt D. aus der Heidelberger chirurgischen Klinik 3 Facialis-Accessoriuspfropfungen mit, von denen die eine bis jetzt erfolglos geblieben ist, die beiden anderen von zufriedenstellendem Erfolge begleitet sind. D. hat dann aus der Literatur 51 Fälle zusammengestellt, und zwar 30 Accessoriuspfropfungen und 21 Hypoglossuspfropfungen. Wie alle neueren Autoren, so zieht auch er den N. hypoglossus als den geeigneteren für die Pfropfung vor. Bei Zusammenfassung dor Resultate kommt D. zu dem Schlusse, dass wir der schweren Facialislähmung durchaus nicht machtlos gegenüber stehen. *Die Pfropfung des N. facialis auf den N. hypoglossus hat im Ganzen gute Erfolge zu verzeichnen.* Eine völlige Heilung darf man nicht erwarten, wohl aber nach einigen Monaten die Herstellung der Symmetrie in der Ruhe, die Schlussfähigkeit von Auge und Mund, sowie gewisse Willkürbewegungen. Die Ausdruckbewegungen kehren erst nach längerer Zeit zurück, wenn sie sich überhaupt wieder einstellen. Bis jetzt blioben sie in allen gut beobachteten Fällen mangelhaft. In etwa 20% der Fälle wurden störende Mitbewegungen der Zunge und umgekehrt beim Schlucken Bewegungen der kranken Gesichthälfte beobachtet, während die Schädigung durch die einseitige Zungenparese eine sehr unbedeutende und meistens in wenigen Wochen vorübergehende war.

Von besonderer Wichtigkeit ist die *Indikationstellung der Operation.* Gleich zu operiren sind Kranke, bei denen die anatomischen Verhältnisse eine Spontanregeneration, eine direkte Nervennaht oder die Neurolyse unmöglich machen. Fälle, in denen die Lähmung über 1 Jahr bestanden hat, sind nur dann operabel, wenn noch Muskelsubstanz nachweisbar vorhanden ist. Eine zeitliche Begrenzung findet dann nicht statt. Lähmungeu, die nach Trauma, Operation oder Otitis media erfolgt sind, soll man 6 Monate lang intern behandeln. Verschlechtert sich nach dieser Zeit die elektrische Erregbarkeit der Muskeln oder ist sie erloschen, so muss die Pfropfung bald gemacht werden. Verbessert sich nach 6 Monaten dio Erregbarkeit oder kehren Spuren von Motilität zurück, so soll noch mehrere Monate auf die Spontanregeneration gewartet werden. P. Wagner (Leipzig).

Digitized by Google

230. **L'intervento chirurgico nella paralisi traumatica del facciale (anastomosi spino-facciale);** per il Prof. Giovanni Pascale, Napoli. (Rif. med. XXIV. 10. p. 259. 1908.)

P. ist geneigt, auf Grund seiner Erfahrungen bei der operativen Behandlung der *traumatischen Facialis-Paralyse* die *Anastomosis spino-facialis* der Anastomosis hypoglosso-facialis vorzuziehen.

Ueber die Technik jener bemerkt er Folgendes: Um das Operationgebiet anschaulicher zu machen, wird der Ansatz des hinteren Digastricus-Bauches gelöst. Die Stumpfe der Nerven werden schräg resecirt, die Vereinigung erfolgt Ende an Ende, und zwar werden Nervensubstanz und Scheide vernäht. Vom Spinalis werden gewöhnlich nur die äusseren Fasern abgetrennt, die zum Cucullaris führen. Die Anastomose wird unter den Muskel gelagert. Fischer-Defoy (Quedlinburg).

231. **Contributo alla casuistica della resezione del fascio vascolo-nervoso del collo;** per Gioacchino Negroni, Milano. (Rif. med. XXIII. 28. p. 769. 1907.)

Bei einem 69jähr. Manne wurde die Totalexstirpation eines truthühnereigrossen linkseitigen branchiogenen Carcinoms vorgenommen. Dabei wurden der Vagus, die Carotis an der Bifurkation und die Jugularis resecirt. Alle drei waren in Tumormassen eingebettet, ohne jedoch makroskopische Schädigungen aufzuweisen. Der Pat. erholte sich von den schweren Störungen der Herzaktion; er konnte 5 Wochen nach der Operation mit rauher Sprache und mässiger Parese der Flexoren der Finger der linken Hand als geheilt entlassen werden.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

232. **Ueber Cysten und Fisteln des Ductus thyreoglossus;** von Dr. S. Erdheim. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 1. 1908.)

Mittheilung von 5 Fällen von Halscysten und Halsfisteln und 2 Fällen von Zungencysten. Die pathologischen Gebilde, die aus dem Ductus thyreoglossus hervorgehen, können nicht nur auf der ganzen Strecke vom Foramen coecum bis zum Zungenbeine und Processus pyramidalis der Schilddrüse liegen, sondern der Ductus thyreoglossus kann auch noch nach einer anderen Richtung wachsend daselbst ebenfalls zur Bildung von Geschwülsten und Cysten Anlass geben. Es ist dieses die Richtung gegen die Zungenspitze und den Mundhöhlenboden. Am Mundhöhlenboden wurden bereits flimmertragende Ranulacysten als Abkömmlinge des Ductus thyreoglossus beschrieben, und die Fälle E.'s beweisen, dass die Zungenspitze die letzte Etappe darstellt, bis zu der die Gebilde des Ductus vordringen können. Die hierher gehörigen Fälle scheinen recht selten zu sein; die Cysten sind meist angeboren. P. Wagner (Leipzig).

233. **Akromegalie und Hypophyse;** von Dr. E. Stumme. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. 1908.)

In die Hochenegg'sche Klinik wurde eine 30jähr. Kr. aufgenommen, bei der die Diagnose auf *Akromegalie mit Hypophysentumor* gestellt wurde. Der typische Beginn der Erkrankung mit Menstruationstörung, der allmähliche Verlauf unter Kopfschmerzen, Doppeltsehen und Weichtheilverdickungen liessen keinen Zweifel an der Diagnose. Das Röntgenbild des Schädelskeletts bestätigte die Richtigkeit dieser Annahme. Hochenegg entfernte auf nasalem Wege die Hypophysengeschwulst. Tamponade mit Jodoformdochten, die aus dem Nasenloch herausgeleitet wurden. *Heilung.* Aufhören der quälenden Kopfschmerzen, Besserung der psychischen Stimmung, Verminderung der Sehstörungen. Ganz wunderbar war der Einfluss der Operation auf die Symptome der Akromegalie. Die Besserung hat innerhalb eines halben Jahres noch zugenommen. Die Kr. ist sehr frisch. Interessant ist die Entwickelung einer wohlumschriebenen Struma in einer seit dem Bestehen der Akromegalie gleichmässig etwas vergrösserten Schilddrüse. Alle weiteren Einzelheiten dieses ausserordentlich interessanten Falles müssen in der Originalarbeit nachgelesen werden.

P. Wagner (Leipzig).

234. **Ueber die Behandlung der durch Lungenverletzung bei subcutanen Rippenbrüchen entstandenen Complikationen;** von Dr. F. König jun. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. 1908.)

Unter den letzten 52 Fällen von subcutanen Rippenbrüchen hatte K. 19 leichtere oder schwerere Complikationen, die 3mal zum Tode führten. K. befürwortet namentlich bei den Lungencomplikationen bei subcutanen Rippenbrüchen ein aktiveres Vorgehen; einmal bei den unmittelbar drohenden Zuständen in Folge von Pneumothorax und Emphysem, dann aber auch wegen der schweren Folgen, die eine länger dauernde Compression der Lunge, sowie die verzögerte Resorption der Blut- und Flüssigkeitergüsse in vielen Fällen nach sich ziehen. Die unter richtiger Auswahl der ernsteren Verletzungen vorzunehmenden Operationen sollen Luft und Flüssigkeit aus der Pleura entleeren und in geeigneten Fällen durch Fixation der mobilisirten Lunge in der Wunde der erneuten Compression und der starken Schwartenbildung vorbeugen. Bei fortschreitendem Hautemphysem und Spannungspneumothorax empfiehlt K. die Incision wo möglich in Lokalanästhesie. Ist die Lunge durch ein Rippenfragment festgehakt oder sonst adhärent, dann muss auf jeden Fall, unter Umständen mit Lockerung der Lunge, das die Quelle des Emphysems abgebende Lungenloch sichtbar gemacht und in offener Wunde behufs ableitender Tamponade fixirt werden. Ist die Lunge ganz collabirt, dann soll sie hervorgezogen und gleichfalls an der Verletzungstelle eingenäht werden. An diese intrathoracalen Operationen können wir auch ohne weitere technische Hülfsmittel, namentlich auch ohne Druckdifferenzverfahren herangehen; wenn sich auch durch diese Methoden die Erfolge jedenfalls verbessern lassen. P. Wagner (Leipzig).

235. **Zur Behandlung schwerer Schussverletzungen der Lunge mit primärer Naht;** von Prof. H. Küttner. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1—2. 1908.)

Schussverletzung der Lunge bei einem 20jähr. Kr.; schwere Blutung. Breite Eröffnung des Thorax in der Sauerbruch'schen Kammer; Naht der zerfetzten Lungenwunden mit Seide.

Heilung per primam intentionem. Nach 25 Tagen konnte der Kranke die Klinik verlassen. In der Literatur befinden sich ausserdem nur noch 5 mit Naht behandelte Lungenschusswunden.

Ist einmal wegen schwerer primärer Blutung die Brusthöhle eröffnet, so muss dennoch der Verschluss der Lungenwunden, die trotz versteckter Lage bei Druckdifferenz in Ruhe aufgesucht werden können, mit allen Mitteln angestrebt werden, auch wenn die Blutung aus ihnen scheinbar zum Stillstand gekommen sein sollte. Wegen der grossen Vorzüge des primären Pleuraverschlusses darf die Lungenwunde nur dann tamponirt werden, wenn der weit sicherere Verschluss durch Umstechung, Ligatur und Naht einmal ausnahmeweise technisch nicht durchführbar sein sollte.

P. Wagner (Leipzig).

236. **Zur operativen Behandlung des chronischen Lungenabscesses;** von Prof. Perthes. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. 1908.)

Nach P.'s Meinung ist es beim chronischen Lungenabscess zweckmässig, den Abscess zunächst nur durch Pneumotomie zu eröffnen und zu drainiren. Die Eingriffe die auf die Beseitigung der Abscesshöhle abzielen, dagegen zu einem späteren Zeitpunkte bei günstigerem Allgemeinzustande des Kranken vorzunehmen. Die Pneumotomie zur Eröffnung eines chronischen Lungenabscesses wird zweckmässig nach der zweizeitigen Methode gemacht. Der 1. Akt, die Rippenresektion und Pleuranaht, erfolgt in Narkose bei leerem Abscesse; der 2. Akt, der wenige Tage darauf folgt, besteht in der Probepunktion des gefüllt gehaltenen Abscesses von der Wunde aus und in seiner Eröffnung ohne Narkose. Für die spätere Operation, die die Verödung der Abscesshöhle erzielen soll, kommt ausser den bisher angewendeten Verfahren die Exstirpation der gesammten Höhlenwandung mit Aufheilen von Hautmuskellappen auf die Lungenwunde in Betracht. Einen erfolgreichen Fall theilt P. ausführlich mit.

P. Wagner (Leipzig).

237. **Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der Rückenmarksschüsse;** von Dr. W. Braun. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. 1908.)

Mittheilung über einen von B. vor mehr als 4 Jahren mit günstigem Erfolge operirten Kranken mit Brustmarkschuss. Die neurologischen Bemerkungen über diesen Fall stammen von Lewandowsky.

Die *Indikationen für operative Eingriffe bei Schussverletzungen des Markes* formulirt B. folgendermaassen: „Voraussetzung für solche Operationen ist, dass das Geschoss, Splitter u. s. w. im Wirbelkanal stecken oder sonstwie irritirende Processe sich in der Umgebung des Markes abspielen, und dass die Funktionsstörung zum Theil wenigstens durch Compression oder Irritation hervorgerufen sein kann. Abgesehen von den Fällen, wo Communitivbrüche oder drohende Infektion (eventuell Bluterguss) zur Frühoperation drängen, erscheint nach dem heutigen Stande der Frage ein Abwarten mit operativen Eingriffen geboten, bis Rückschlüsse auf die spontane Rückbildungfähigkeit und eine toxische und anatomische Diagnose möglich sind. Maassgebend ist in solchen Fällen die Schwere der Markläsion. In Fällen mit schweren Marksymptomen und langsamer oder ausbleibender Besserung, die durch intra- oder extradural wirkende Fremdkörpercompression oder Fremdkörperreiz ihre Erklärung finden können, ist die Operation indicirt. Die Befürchtung, dass eine totale Querschnittläsion vorliegt, spricht nicht gegen eine Operation. Man soll in solchen Fällen nicht zu lange warten. Solche Operationen dürfen aber nur unter günstigen äusseren Verhältnissen unter Zugrundelegen guter Radiogramme und sorgfältiger Segmentdiagnose vorgenommen werden. In der Technik empfiehlt B. an Stelle des Meissels die Hohlmeisselzange zu nehmen."

P. Wagner (Leipzig).

238. **Zur Casuistik der angeborenen Nabelschnurbrüche (Ectopia viscerum);** von Dr. Ringel. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 34. 1907.)

1) Im Bruchsacke lagen, wie die Radikaloperation ergab, 2 Dünndarmschlingen und 1 gangränöses, mit dem Bruchsack verlöthetes Meckel'sches Divertikel. Resektion des Divertikels. Schluss des Peritonaeum. Heilung. Die Gangrän hatte sich nach R. von der Nabelschnur direkt auf das an ihr mit der Spitze verlöthete Divertikel fortgepflanzt.

2) Im Bruchsacke fast der ganze Dünndarm, ein grosser Theil des Colon mit dem Coecum und nahezu die ganze Leber, deren Convexität mit dem Bruchsacke verwachsen war. „Eine Ileumschlinge ist mit einem kurzen, straffen und offenbar obliterirten Ductus omphalo-mesentericus am Bruchsack fixirt." Radikaloperation unter Erweiterung des Nabelringes zwecks Reposition der Leber. Am 18. Tage Tod an circumscripter Peritonitis, bedingt durch eine operative Darmverletzung.

Beide Fälle illustriren die Ahlfeld'sche Theorie der Entstehung der Nabelschnurbrüche. R. verlangt stets die Radikaloperation.

Neumark (Dresden).

239. **Zur chirurgischen Behandlung der Nabelhernien;** von Dr. M. Esebenbach. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 1. 1908.)

In der Rotter'schen chirurg. Abtheilung wurden in den letzten 8 Jahren 65 *Operationen an Nabelbrüchen* vorgenommen. Die Schuld an den unbefriedigenden Resultaten bei Nabelhernien ist sicher zum Theil auf unvollkommene Methoden zurückzuführen, zu einem grossen Theil ist es direkt unmöglich, wieder völlig physiologische Verhältnisse herzustellen. Der principielle Unterschied der verschiedenen Methoden liegt nach E.'s Ansicht nur darin, dass in dem einen Falle auch M. rectus mit zum Verschluss der Bruchpforte herangezogen wird. Nach E.'s Ueberzeugung und nach der Statistik ist es das Wichtigste, bei der Nabelbruchoperation

eine feste Vereinigung der Aponeurose herbei zu führen. Die beste Methode ist hier die der *queren Raffung;* sie ist für grosse Hernien gut ausführbar; ihre Technik ist keine complicirte und sie ist verhältnissmässig schnell ausführbar. Von 17 nach dieser Methode Operirten, die nachuntersucht werden konnten, hatte nur 1 ein Recidiv. Von 30 mit freien Hernien Operirten starb keiner; von 29 Kr. mit incarcerirten Hernien starben 13 = 45%. Was die *Indikationstellung* anlangt, so empfiehlt E. ein möglichst frühzeitiges Eingreifen, falls eben nicht durch einen schlechten Allgemeinzustand die Operation verboten ist. Uebergrosse Adipositas und nicht mehr jugendliches Alter sind *keine* Contraindikationen gegen die Operation.

P. Wagner (Leipzig).

240. **Ueber die Radikaloperation der Nabelbrüche;** von Dr. P. Esau. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCI. 3 u. 4. 1907.)

Bier hat seit einer Reihe von Jahren bei Nabelbrüchen und Narbenbrüchen nach per granulationem geschlossenen Bauchwunden ganz unbewusst ein Verfahren angewandt, das Championnière empfohlen hat. Es besteht darin, dass nach Schluss des Peritonaeum die Fascien durch unterbrochene Knopfnähte gerafft werden und der geraffte Theil peritonäalwärts eingestülpt wird. Diese Raffung und mediale Einstülpung wird bei sehr breit ausgezogenen Fascien nach Bedarf wiederholt. Bier hat mit diesem Verfahren sehr gute Resultate erzielt.

P. Wagner (Leipzig).

241. **Radikaloperation der Nabelbrüche durch Lappendoppelung;** von Dr. A. Brenner. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. 1908.)

B. empfiehlt eine Methode, die im Wesentlichen im Verschluss des Raumes zwischen den diastatischen Recti durch einen doppelten Lappen besteht. Er trennt zu dem Behufe nach Repositien und querer Vernähung des Bruchsackes halbmondförmige Lappen aus den Rectusscheiden und klappt sie über das freie elliptische Feld, um sie an den gegenüberliegenden Rectus, bez. an dessen hintere Scheide anzunähen.

B. hat 26 Kr. nach dieser Methode operirt und zwar 19 mit Nabelbrüchen, 3 mit epigastrischen und 4 mit Bauchwandbrüchen. 3 Kr. starben im Anschluss an die Operation. Für die Dauerheilung kommen 14 Fälle in Betracht. In ihnen betrug innerhalb einer Beobachtungszeit von $^3/_4$—2 Jahren die Dauerheilung 100%. P. Wagner (Leipzig).

242. **Cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant;** par Ruotte, Blida. (Arch. de Méd. des Enf. Févr. 1908.)

R. hat im Laufe eines Jahres 14 Kinder wegen Leistenbruchs operirt und stets mit Ausnahme eines einzigen vollständige Heilung erzielt. Von den Kindern waren 12 männlichen und 2 weiblichen Geschlechtes; 5 waren im Alter von unter 1 Jahre, 7 unter 2 Jahren und 2 unter 3 Jahren. Die angewendete Operation war folgende: Es wurde über dem Leistenringe eine kleine, 2.5—3 cm lange Incision gemacht, das Zellengewebe mit den beiden Zeigefingern aufgerissen, der Bruchsack an der ausseren Seite des auf den Finger gelegten Samenstranges isolirt, hoch abgebunden und dann auch der Leistenring mittels einer Naht geschlossen. Hautnaht, Verband. Der ganze Vorgang dauert einige Minuten. Man soll aber nur dann operiren, wenn man das Kind im Krankenhause behalten kann oder die Umgebung genügend intelligent ist, um die Antisepsis der Operationswunde durchführen zu können. Sonst ist es besser, das Kind älter werden zu lassen, bis es gefügiger ist und die Nachbehandlang leichter wird. E. Toff (Braila).

243. **Ein Beitrag zur Kenntniss und Aetiologie der seitlichen Bauchhernien (Pseudohernien);** von Dr. R. v. Baracz. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 1. 1908.)

v. B. theilt 2 neue sichere Beobachtungen von *seitlicher Bauchhernie* mit, die der *essentiellen Kinderlähmung* ihren Ursprung verdanken. Mit Einschluss dieser Fälle finden sich in der Literatur 8 hierher gehörige Beobachtungen.

Die *seitlichen Bauchhernien* nehmen eine Sonderstellung zwischen den Bauchbrüchen ein. Als solche dürfen alle zwischen den Rippenbogen und Darmbeinkamm einerseits und zwischen der vorderen und hinteren Axillarlinie andererseits, im Bereiche der seitlichen Bauchmuskeln auftretenden Brüche betrachtet werden. Sie verdanken ihre Entstehung entweder congenitalen Defekten der schiefen Bauchmuskeln oder, was häufiger der Fall ist, der durch überstandene Poliomyelitis anterior acuta verursachten partiellen Lähmung der seitlichen Bauchmuskulatur. Sie sind im eigentlichen Sinne keine wahren Hernien, sondern nur Scheinhernien (Pseudohernien); in seltenen Fällen können sie auch doppelseitig auftreten. Eine chirurgische Therapie solcher Hernien ist sehr schwierig und bei bedeutenden Muskeldefekten überhaupt unmöglich. Wir müssen uns dann auf Peletten, Bauchbinden u. A. m. beschränken. P. Wagner (Leipzig).

244. **Die Radikaloperation der Ueberhernien mit Hülfe der systematischen Dehnung der Bauchdecken;** von Dr. J. Hahn. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 3. 1908.)

Die grossen irreponiblen Hernien haben eine sehr hohe Mortalität bei der Radikaloperation, die in der Hauptsache durch das Missverhältniss zwischen dem Rauminhalt der Bauchhöhle und der Masse der Eingeweide verursacht wird. Eines der Hauptmomente ist dabei die Insufficienz der Athmung nach der gewaltsamen Reposition. Viele besonders grosse irreponible Hernien konnten bisher wegen dieses Missverhältnisses überhaupt nicht radikal operirt werden; sie wurden als sogen. „übergrosse Hernien" zusammengefasst. Beide Gruppen von Hernien vereinigt H. in der Bezeichnung *„Ueberhernien"*, die sowohl ihre besondere Grösse, wie ihre Bösartigkeit bezeichnen soll. Alle Ueberhernien sind ohne besondere Gefahr operirbar durch Anwendung des von H. angegebenen Verfahrens der systematischen Dehnung der Bauchdecken; es giebt demnach keine „übergrossen Hernien" im Sinne der absoluten Inoperabilität mehr. Falls sich

Digitized by Google

eine grosse Hernie nicht einmal partiell reponiren lässt, liegt stets die Ursache in der relativen Enge der Bruchpforte. Hier ist die präliminare blutige Erweiterung der Eingangspforte in die Bauchhöhle durchaus nöthig, um die systematische Dehnung der Bauchdecken vornehmen zu können. Diese besteht in einer Einpressung von Baucheingeweiden in die Bauchhöhle und der folgenden, so lange erzwungenen Retention, bis die genügende Dehnung der Bauchdecken erfolgt ist und die Bauchhöhle bequem die Eingeweide ohne besonders grosse Spannung aufnehmen kann. Zur Reserveausweitung der Bauchhöhle wird die Hernie invertirt und eine Kugel von möglichst grossem Durchmesser in das Cavum des eingestülpten Bruchsackes eingelegt. Die Radikaloperation erfolgt nach den üblichen Grundsätzen; die Mortalität ist nicht wesentlich höher als bei kleinen Hernien.

P. Wagner (Leipzig).

245. **Zur Lehre von der Hernia epigastrica;** von Dr. Lindenstein. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 2. 1908.)

L. berichtet über 13 Operationen bei *Hernia epigastrica*, die in der chirurg. Abtheilung des Nürnberger städt. Krankenhauses vorgenommen wurden. Göschel operirte in Anlehnung an die Methode, die Graser für die grossen Bauchbrüche angegeben hat. Die Heilung erfolgte in allen Fällen ohne jede Complikation. Von den 13 Operirten konnte L. 12 nachuntersuchen; seit der Operation war ein Zeitraum von 5 Jahren bis 6 Wochen verstrichen. Alle Kranken waren seit der Operation vollkommen beschwerdefrei. In 2 Fällen hatte sich ein Recidiv an der Stelle des ehemaligen Bruches entwickelt, das aber ohne jede Störung für ihre Träger bestand und von dessen Vorhandensein den Patienten nichts bekannt war.

P. Wagner (Leipzig).

246. **Ueber einen Fall von Hernia retroperitonealis anterior sinistra incarcerata;** von Dr. A. Fromme. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

Der Fall betraf einen 59jähr. Kr. Die Operation ergab eine Dünndarmschlinge direkt hinter der Symphyse, ein wenig nach links an der vorderen Bauchwand in einen Ring des Peritoneum eingeklemmt. Nach der ganzen Lage des Bruchsackes konnte kaum ein Zweifel darüber bestehen, dass die Eintrittpforte zwischen medialem und lateralem linkseitigem Blasenband gelegen haben musste. *Heilung.* P. Wagner (Leipzig).

247. **Beiträge zur Kenntniss und Casuistik der Hernia ischiadica an der Hand des ersten radikal operirten und geheilten Falles;** von von Dr. E. Köppl. (Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 2. 1908.)

Garrè hat 1892 11 sichere Fälle von *Hernia ischiadica* zusammengestellt; K. fügt diesen 11 weitere Beobachtungen aus der Literatur an und berichtet dann über eine in der Wölfler'schen Klinik beobachtete und radikal operirte Kranke, eine 42jähr. Frau. In 13 von diesen 23 Fällen handelte es sich um incarcerirte Brüche. Die *Diagnose* der Hernia ischiadica ist in den wenigsten Fällen mit Sicherheit gemacht worden; in mehr als der Hälfte der Fälle wurde sie überhaupt nicht gemacht oder es kam zu Fehldiagnosen. Ganz bedeutend ist natürlich die Diagnose erschwert, so lange sich der Bruch noch unter dem M. glutaeus max. befindet. Neben der äusseren Untersuchung ist stets die Rectal-, eventuell die Vaginaexploration vorzunehmen, unter Umständen auch die Cystoskopie. Diese Untersuchungsmethoden sind auch anzuwenden, wenn es sich um die *Differentialdiagnose der 3 Formen der Hernia ischiadica* handelt: *Hernia suprapyriformis; Hernia infrapyriformis; Hernia spinotuberosa.*

Die *Prognose* der ischiadischen Brüche hat sich bei dem heutigen Stande der chirurgischen Technik und der diagnostischen Hülfsmittel gegen früher ganz bedeutend gebessert und muss als eine gute bezeichnet werden, zum Mindesten quoad vitam. Die *Radikaloperation* ist das 1. Mal in dem Wölfler'schen Falle ausgeführt worden. Sie bestand darin, dass nach Bruchsacknaht und Abtragung des peripherischen Bruchsackantheiles der untere Rand des M. pyriformis mit wenigen Seidennähten an das Lig. spinososacrum herübergenäht wurde, und zwar unter Vermeidung zu grossen Druckes von Seiten des Muskels auf die aus dem Foramen infrapyriforme austretenden Nerven und Gefässe. *Heilung.* P. Wagner (Leipzig).

248. **Die Leistenmethode in der Operation der Schenkelbrüche;** von Dr. N. Bardeseu. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 2. 1908.)

Seit mehreren Jahren verwendet B. für die Schenkelbrüche die indirekte Operation auf dem Leistenwege, und auf Grund einer längeren Erfahrung ist er dahin gelangt, diese Methode als der direkten oder der Schenkelmethode stark überlegen zu betrachten, und dieses sowohl wegen der Vortheile, die dem Operationfelde geboten werden, wie der Radikalheilung. B. hat bisher 23 solcher Operationen an 22 Kranken ausgeführt; in keinem Falle wurde ein Recidiv nach der Operation beobachtet. P. Wagner (Leipzig).

249. **Zur Therapie der Pankreatitis;** von Dr. W. Nootzel. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 3. 1908.)

In dieser Arbeit, die sich auf 11 Beobachtungen aus der Rehn'schen chirurg. Abtheilung gründet, kommt N. zu folgenden Ergebnissen: „1) Die *akute Pankreatitis* muss grundsätzlich chirurgisch behandelt werden mittels einer so bald als möglich auszuführenden Laparotomie und Tamponade des Pankreasherdes nach Bunge. Die freie Bauchhöhle ist dabei nach Rehn auszuspülen und zu drainiren. 2) Bei dieser so rasch und so schonend als möglich auszuführenden Operation muss die Beschaffenheit der Gallenwege in jedem Fall wenigstens genau festgestellt werden. 3) Bei gleichzeitig bestehender Cholelithiasis ist, wenn es der Kräftezustand des Operirten erlaubt, der dringendsten, durch den Befund an den Gallenwegen gegebenen

Indikation zu genügen, also eventuell die Cholecystostomie auszuführen. 4) Wenn der Kräftezustand des Operirten einen Eingriff an den gleichzeitig erkrankten Gallenwegen nicht erlaubt, ist nach der Heilung der Pankreatitis dem Operirten eine Gallensteinoperation vorzuschlagen. 5) Bei Operationen wegen längere Zeit bestehender Cholelithiasis ist, auch wenn gar keine Symptome von Pankreatitis bestanden haben, eine sichere Orientirung über den Zustand des Pankreas zu ermöglichen. 6) Bei einer unter irgend welcher Diagnose wegen sicherer akuter peritonäaler Symptome ausgeführten Laparotomie ist, wenn sonst gar kein Befund in der Bauchhöhle vorliegt, das Pankreas durch stumpfe Durchtrennung des Lig. gastrocolicum freizulegen und zu besichtigen, auch wenn hier kein Tumor gefühlt und auch wenn der Pankreaskopf normal befunden wurde und auch wenn abdominale Fettnekrosen und freies Exsudat in der Bauchhöhle fehlen. Wird eine Pankreatitis festgestellt, so ist die Tamponade nach Bunge auszuführen. Jedenfalls darf eine Erkrankung des Pankreas erst dann als ausgeschlossen gelten, wenn die Drüse in dieser Weise durch Eröffnung der Bursa omentalis freigelegt und gesund befunden worden ist." P. Wagner (Leipzig).

250. **Ueber die experimentelle Pankreasnekrose und die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen;** von Dr. N. Guleke. II. Theil. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 3. 1908.)

Die durch Gefässinjektion und Injektion verschiedener Flüssigkeiten in den Hauptausführungsgang des Pankreas experimentell erzeugte Pankreasnekrose stimmt im Verlaufe und in Bezug auf den pathologisch-anatomischen Befund mit der sogen. Pancreatitis acuta haemorrhagica des Menschen überein. Die dabei im Pankreas auftretenden Hämorrhagien sind von nebensächlicher Bedeutung. Das Wesentliche ist die Pankreasnekrose; je nach deren Ausdehnung ist der Verlauf leicht oder schwer. Der Tod bei der sogen. akuten hämorrhagischen Pankreatitis ist im Wesentlichen auf eine Vergiftung durch die im resorbirten Pankreassekret enthaltenen Giftstoffe zurückzuführen. In den ganz schweren Fällen mit ausgedehnter Nekrose der Drüse werden direkt aus dem zu Grunde gehenden Pankreas so viele Toxine resorbirt, dass dadurch der Tod herbeigeführt wird und weder die Beseitigung der in die Umgebung und die freie Bauchhöhle diffundirten Giftmengen, noch auch eine breite Spaltung und Drainage der Drüse diesen Ausgang verhindern kann. Dagegen wird in den leichteren Fällen eine Beseitigung der erreichbaren Toxinmassen und die Verhinderung ihrer Ausbreitung nicht nur eine vorübergehende Besserung, sondern in vielen Fällen auch ein Fertigwerden des Körpers mit der Intoxikation herbeiführen. Und zwar genügt in solchen Fällen eine eventuelle Spaltung der Kapsel mit nachfolgender genauer Tamponade des Pankreas. Das Pankreas muss durch die Tamponade möglichst vollkommen von der Umgebung abgeschlossen werden. Da wir zur Zeit nicht im Stande sind, die ganz schweren, jeder Therapie trotzenden Fälle von den leichteren zu unterscheiden, in denen wir durch ein vorsichtiges, aber zielbewusstes Vorgehen helfen können, so sollten die Grenzen für ein operatives Eingreifen nicht zu eng gezogen werden. P. Wagner (Leipzig).

251. **Zur Operation der akuten Pankreashämorrhagien;** von Dr. F. Brewitt. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 11. 1908.)

In der Körte'schen Abtheilung sind bisher 6 im akuten Stadium der Pankreashämorrhagie operirte Kr. geheilt worden. Br. theilt eine weitere Heilung mit. Den 16jähr. Kr. hat er selbst am Beginn des 3. Krankheittages operirt. Wir müssen bei akuter Pankreashämorrhagie so früh wie möglich eingreifen, ehe die Intoxikation des Körpers zu weit vorgeschritten ist. Durch möglichst zeitig ausgeführte rationelle Operation, d. h. Laparotomie, Entleerung des Exsudats, Incision und Drainage des Pankreas mit nachfolgender gründlicher Kochsalzspülung des Abdomens ist zu hoffen, dass wir die Pancreatitis haemorrhagica acuta erfolgreich bekämpfen. Bei der Nachbehandlung müssen die Tampons möglichst lange liegen bleiben wegen der Gefahr der Nachblutung. P. Wagner (Leipzig).

252. **Ueber Pankreasrupturen;** von Dr. H. Heineke. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIV. 4. 1907.)

H. hat in der Leipziger chir. Klinik 5 Fälle von *subcutaner Verletzung des Pankreas* beobachtet und dabei 4mal selbst operativ eingegriffen. Unter diesen Fällen sind 3 isolirte Rupturen des Pankreas, während die beiden anderen Fälle mit Verletzungen anderer Bauchorgane complicirt waren. Im Ganzen sind bisher 19 Fälle von isolirter Pankreasruptur bekannt geworden: 5 Kranke wurden nicht operirt, sie starben sämmtlich. Von den 14 Operirten sind 9 genesen, 5 gestorben. Die Prognose der Verletzung ist demnach eine leidlich günstige: geheilt sind alle rechtzeitig operirten Kranken, bei denen der Sitz der Verletzung intra operationem rechtzeitig erkannt worden ist. Die Gefahren der Pankreasverletzungen sind, von etwaigen Lungencomplikationen abgesehen, die Blutung und der Austritt von Pankreassaft in die Bauchhöhle. Die Gefahr der Blutung ist die weitaus geringere. Es giebt nur *ein* Symptom, das eine ganz bestimmte Diagnose auf Pankreasverletzung möglich macht: die isolirte Blutansammlung in der Bursa omentalis, die zu einer ganz charakteristischen Tumorbildung führt. Wenn eine Pankreasruptur gefunden wird, kann das Vorgehen entweder in *Tamponade* oder in der *Naht* des Risses bestehen. Die Tamponade ist das gegebene Verfahren bei unregelmässigen Quetschungen des Organs, dessen zerfetzte Ränder sich

schlecht durch Naht vereinigen lassen. Die Naht dürfte vorzuziehen sein bei glatten Rissen mit scharfen Rändern, so ganz besonders bei den typischen queren Durchtrennungen. Was die *Nachbehandlung* der Pankreasverletzungen anbetrifft, so nehmen das Hauptinteresse die lästigen Fisteln in Anspruch. Die Darreichung kohlehydratfreier Kost bedeutet in der Therapie dieser Fisteln zweifellos einen grossen Fortschritt. P. Wagner (Leipzig).

253. **Beiträge zur Pankreaschirurgie;** von Dr. A. Dreifuss. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. 1908.)

1) 19jähr. Kr. mit *subcutaner Verletzung des Pankreas* durch stumpfe Gewalt; Laparotomie; *Heilung.* Die klinische Diagnose konnte vor der Operation nicht sicher gestellt werden. Durch das schwere Trauma wurde sowohl das Lig. gastrocolicum, wie das das Pankreas bedeckende Peritonäalblatt eingerissen. Die zerfetzte Stelle im Pankreas befand sich ziemlich nach links; grössere Drüsengänge waren nicht verletzt. Tamponade.

2) 15jähr. Kr. *Pancreatitis haemorrhagica acuta* mit Ausgang in Erweichung; Platzen des Exsudates in die freie Bauchhöhle; zweimalige Laparotomie; *Heilung.*

3) 18jähr. Frau. *Akute Pankreasnekrose* mit Ausgang in Abscedirung; retroperitonäale Eröffnung. *Heilung.* P. Wagner (Leipzig).

254. **Zur Differentialdiagnose des Ikterus;** von Dr. L. Arnsperger. (Beitr. z. klin. Chir. LII. 1. 1906.)

Auf Grund genauer klinischer Untersuchung gelingt es, gewisse Ikterusformen zu unterscheiden, die in Aetiologie und Pathogenese völlig verschieden, auch für Prognose und Therapie ganz verschieden bewerthet werden müssen. In der Verfeinerung dieser Differentialdiagnose liegt die Möglichkeit einer exakteren Indikationstellung für einen operativen Eingriff bei Ikterus und einer genaueren Auswahl der für die chirurgische und die interne Behandlung geeigneten Fälle. Die 3 hauptsächlich für die Differentialdiagnose in Betracht kommenden Ikterusformen sind folgende: I. Mechanischer Ikterus in Folge von Choledochusstein. Abweichungen: 1) Zu dem rein mechanischen Ikterus kann ein funktioneller hinzutreten. 2) Neben dem Steinverschlusse des Choledochus kann noch ein Carcinom der Gallenblase bestehen. 3) Choledochussteine können ohne Ikterus bestehen. II. Mechanischer Ikterus in Folge von Choledochusverschluss durch einen malignen Tumor. III. Funktioneller Ikterus in Folge parenchymatöser Erkrankung der Leber. P. Wagner (Leipzig).

255. **Die chirurgische Bedeutung des Ikterus.** *Zugleich ein Beitrag zur Pathologie und Chirurgie der tiefen Gallenwege;* von Dr. L. Arnsperger. (Beitr. z. klin. Chir. XLVIII. 3. 1906.)

Auf Grund von 96 Fällen der Heidelberger chirurg. Klinik giebt A. eine Uebersicht über Operationen bei Ikterus und besonders an den tiefen Gallenwegen. Vorher sucht er die Frage zu beantworten, ob wir durch irgend welche Untersuchungen mit Hülfe der heutigen verfeinerten Diagnostik die schweren von den leichteren Ikterusfällen unterscheiden und dadurch die Prognose eines operativen Eingriffes bestimmen können. Die Resultate seiner Untersuchungen stellt A. in folgenden Sätzen zusammen: „1) Es giebt Fälle von Ikterus ohne mechanische Behinderung des Gallenabflusses, die wir auf eine Funktionsstörung der Leberzellen beziehen müssen. Dieser Ikterus kann sowohl primär sein, als auch zu jedem mechanischen Ikterus hinzutreten. Die Prognose eines operativen Eingriffes in diesen Fällen ist höchst ungünstig. 2) Eine sichere zahlenmässige Methode, das Bestehen dieses Icterus gravis zu erkennen, giebt es zur Zeit nicht; indessen können wir aus Untersuchungen des Urins und des Blutes, zusammen mit dem klinischen Befund in manchen Fällen das Bestehen eines solchen Ikterus erkennen. 3) Die Schwere eines Ikterus geht seiner Dauer und Intensität nicht parallel; sie ist vielmehr abhängig von der Widerstandskraft des Körpers gegen die resorbirten toxischen Gallenbestandtheile. 4) Die Normalmethode bei der Gallensteinerkrankung der tiefen Gallenwege ist die Choledochotomie mit nachfolgender Drainage des Hepaticus, wobei die Gallenblase je nach der Schwere ihrer Erkrankung exstirpirt, oder suspendirt und drainirt werden kann. 5) Die radikale Entfernung aller Steine ist bei länger bestehenden Choledochussteinen sehr schwierig; es empfiehlt sich daher bei chronischem Choledochusverschluss durch Stein sobald als möglich zu operiren. 6) Choledochussteine ohne Ikterus sind häufiger, als bisher angenommen wurde." P. Wagner (Leipzig).

256. **Beitrag zur Kenntniss der congenitalen Anomalien der Gallenwege;** von Dr. Dreesmann. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

1) *Starke Erweiterung des Ductus choledochus.* 24jähr. Kr., die seit ihrer Geburt wiederholt an schweren Kolikanfällen unter Auftreten von Ikterus gelitten hatte. Bei der Operation und der *Sektion* fand sich eine enorme Dilatation des Choledochus, ohne dass sein duodenales Ende verschlossen war.

2) *Doppelbildung des Ductus cysticus.* Diesen Befund machte Dr. bei einer 42jähr. Frau, bei der wegen chronischer Entzündung die Gallenblase exstirpirt wurde. Beide Cystici vereinigten sich vor ihrer Mündung in den Choledochus; in der Gallenblase mündeten sie etwa 1 cm weit voneinander entfernt. P. Wagner (Leipzig).

257. **Ein Adenomyofibrom in der Wand des Ductus choledochus;** von Dr. A. Volmer. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 1. 1908.)

38jähr. Mann mit Verschluss des Ductus choledochus durch ein haselnussgrosses Adenomyofibrom. Resektion des Choledochus durch Rotter. Zunächst guter Verlauf; am 7. Tage *Tod* an Cholämie. Die Choledochusresektion ist bisher erst 3mal ausgeführt worden: 1mal von Doyen, 2mal von Kehr. P. Wagner (Leipzig).

258. **Ueber papilläre Wucherungen in der Gallenblase und ihre Beziehungen zur Cholelithiasis und zum Carcinom;** von Prof. F. Pels-Leusden. (Arch. f. klin. Chir. LXXX. 1. 1906.)

Auf Grund von 8 in der Hildebrand'schen Klinik gemachten Beobachtungen kommt P.-L. zu folgenden Ergebnissen: „1) Bei chronischen Gallensteinleiden kommt es in der Schleimhaut der Gallenblase sehr häufig zu atypischen Epithelwucherungen in der Tiefe und zu papillären Wucherungen an der Oberfläche. 2) Nicht der unmittelbare, mechanische Reiz der Gallensteine allein kann die Ursache dieser Epithelwucherungen sein, da sie sich auch finden, wenn der Choledochus nur den Sitz der Conkremente darstellt. 3) Zu dem mechanischen Reiz kommen noch hinzu entzündliche Reize durch Bakterien und die in ihrer Zusammensetzung veränderte Galle, sowie auch der Reiz der Gallenstauung, der ja auch innerhalb der Leber zu einer Wucherung in den kleinen Gallengängen führt. 4) Diese Epithelwucherungen disponiren in hervorragendem Maasse zur Carcinomentwickelung in der Gallenblase. 5) Diese Gefahr der Carcinomentwickelung ist eine Indikation mehr zur Entfernung der chronisch entzündlich veränderten Gallenblase selbst in den weniger vorgeschrittenen Fällen."

P. Wagner (Leipzig).

259. **Beiträge zur pathologischen Anatomie und Klinik des Gallensteinleidens;** von Dr. O. Ehrhardt. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIII. 4. 1907.)

Die sogen. Luschka'schen Gänge reichen bei gesunder Gallenblase bis in die Muscularis; bei der Cholelithiasis vermehren sie sich unter dem entzündlichen Reize und wuchern bei Sekretstauungen durch Muscularis und fibröse Haut bis unter den peritonäalen Ueberzug der Gallenblase. Von den Luschka'schen Gängen können echte Divertikel ausgehen, wie E. in 2 Fällen beobachtete. Ihre Hauptbedeutung gewinnen aber die Luschka'schen Gänge dadurch, dass in ihnen bei Cholecystostomien Schleim, Eiter und kleinste Steinchen zurückgehalten werden. So kann es zu scheinbaren Recidiven durch „Steinneubildung", sowie zu Perforationen und anderen Complikationen kommen. Es ist deshalb am Sichersten, an Stelle der Cholecystostomie die Cholecystektomie vorzunehmen. Denn es ist sicher kein Zufall, dass die Kranken, die mit Erhaltung der Gallenblase operirt wurden, sehr viel mehr zu Nachbeschwerden neigen, als diejenigen, bei denen die Gallenblase entfernt wurde.

P. Wagner (Leipzig).

260. **Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege;** von Dr. Goldammer. (Beitr. z. klin. Chir. LV. 1. 1907.)

Eine über 230 Druckseiten lange Arbeit, der das Kümmell'sche Material von 228 operativ behandelten Erkrankungen der Gallenwege zu Grunde liegt. Die Gesammtmortalität betrug 20.9%; bei den uncomplicirten Gallenwegoperationen betrug sie nur 4.7%. Glücklicher Weise steht Kümmell nicht auf dem radikalen Standpunkte Riedel's, sondern stimmt in seiner Indikationstellung im Grossen und Ganzen mit Körte und Kehr überein. Kümmell operirt: 1) bei der akuten infektiösen Cholecystitis in jedem Stadium; 2) bei der recidivirenden Cholecystitis, wenn auch zwischen den Anfällen Krankheitsymptome vorhanden, und wenn Erwerbfähigkeit und Lebensgenuss beeinträchtigt sind; 3) bei Hydrops und chronischem Empyem der Gallenblase; 4) bei pericholecystitischen Eiterungen; 5) bei jedem chronischen Choledochusverschlusse; 6) bei Combination jeder Form des Gallensteinleidens mit Morphinismus; 7) bei sonst unheilbaren Folgezuständen der Cholelithiasis, Cholangitis, Leberabscess, Perforationperitonitis, sekundären Veränderungen am Magen- und Darmkanale; 8) bei Vorliegen besonderer socialer Verhältnisse. G. bespricht das ihm zur Verfügung stehende Kümmell'sche Material nach der Kehr'schen Eintheilung: 1) Akute Cholecystitis. 2) Chronische Cholecystitis: a) chronisch recidivirende Cholecystitis; b) Hydrops der Gallenblase: c) Empyeme der Gallenblase. 3) Akuter und chronischer Choledochusverschluss. 4) Operationen wegen anderweitiger Erkrankungen der Gallenwege oder im Vordergrunde stehender Complikationen (Ileus, Verletzungen u. s. w.). 5) Carcinom der Gallenwege. An den 228 Kranken wurden 310 einzelne Operationen vorgenommen: 90mal einzeitige Cystostomie; 53mal Cystektomie; 39mal ideale extraperitonäale Cystendyse, 38mal Choledochotomia externa; 27mal Choledochus- und Hepaticusdrainage u. s. w. P. Wagner (Leipzig).

261. **Die Frühoperation der akuten schweren Cholecystitis;** von Prof. Riedel. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 22. 1908.)

Aeltere Statistiken über die Mortalität des Gallensteinleidens sind nur mit Vorsicht zu benutzen, weil ohne Zweifel zahlreiche Kranke mit akuter schwerer Cholecystitis und nachfolgender Perforation der Gallenblase in die freie Bauchhöhle früher gar nicht in die Hospitäler gelangt sind. Wo die Aerzte sich daran gewöhnt haben, Kranke mit akut entzündlichen Processen des Bauches rasch den Chirurgen zuzuführen, erweist sich die akute Cholecystitis in relativ vielen Fällen als ein schweres, das Leben bedrohendes Leiden. Deshalb sollte die prall gespannte, meist mit serös eiteriger Flüssigkeit gefüllte Gallenblase entfernt werden, bevor sie platzt oder bevor ein kleines, im Blasenhalse, bez. im Ductus cysticus steckendes Conkrement in den Ductus choledochus hineingeworfen wird, falls ein grosser Schlussstein fehlt (ca. 40% der Fälle). Die sofortige Exstirpation der Gallenblase kann nur unter den günstigsten Bedingungen (gutes Tageslicht, sicherer Operateur, geschulte Assistenz) mit Erfolg durchgeführt werden. Kranke mit leichter Cholecystitis sind conservativ zu behandeln, bis die Diagnose völlig gesichert ist. Bei gutem Allgemeinzustande ist sodann die Operation

Digitized by Google

vorzuschlagen, weil jeden Tag schwere Cholecystitis einsetzen kann. P. Wagner (Leipzig).

262. **Die Cholecystostomien der Heidelberger chirurgischen Klinik 1901—1906;** von Dr. W. Mack. (Beitr. z. klin. Chir. LVII. 3. 1908.)

Die Untersuchungen M.'s umfassen die *Cholecystostomien*, die von 1901—1906 in der Heidelberger chirurgischen Klinik vorgenommen wurden. Von 427 Operationen an den Gallenwegen waren 210 Cholecystostomien. Unter 162 reinen Cholecystostomien ohne gleichzeitige Operation an den tiefen Gallenwegen sind 5 Todesfälle zu verzeichnen = 3.1%. Heilung, d. h. vollständiges Fehlen von Gallensteinsymptomen und Beschwerden am Gallensysteme wurde 79mal, d. h. in 57.7% aller Fälle erreicht. Schmerzanfälle, typische Koliken und leichtere Anfälle, mit und ohne Ikterus, traten wieder auf in 34.3% der Fälle.

Die chronische Cholecystitis, die Ulcerationen der Gallenblase, die vielen kleinen und brockeligen Steine gehören der Ektomie an. Auch hier giebt es Grenzgebiete, wie die akute Cholecystitis und das Empyem. Man wird warten müssen, wie weit die Exstirpation der Gallenblase die gehegten Hoffnungen verwirklicht. Die *Cholecystostomie* ist anzuwenden *bei unveränderter Gallenblasenwand, bei Solitärstein oder wenigen festen Steinen.*

P. Wagner (Leipzig).

263. **Zweizeitiges Operationsverfahren beim schweren chronischen Choledochusverschluss;** von Dr. Franz Fink. (Prag. med. Wchnschr. XXXII. 21. 1907.)

Bei chronischem Choledochusverschlusse stellt eine nothwendig werdende Operation an die durch Unterernährung und bestehende Cholämie heruntergekommenen Patienten Anforderungen, die häufig genug das Leben der Patienten bedrohen und den Erfolg der Operation zu nichte machen. F. schlägt deshalb vor, zunächst durch Beschränkung des operativen Eingriffes auf eine Choledochotomie die Cholämie zu beseitigen, die Ernährung des Patienten zu heben und dann erst die radikale Operation anzuschliessen. F. ist in einem Falle, in dem schon 10 Monate schwerer Ikterus bestand und der Kranke sehr verfallen war, in dieser Weise vorgegangen und hat einen ermuthigenden Erfolg erzielt.

F. Krumm (Karlsruhe).

264. **Ueber Cholecystektomie;** von Dr. F. Haasler. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIII. 4. 1907.)

Von berufenster chirurgischer Seite, so von Robson, Kocher u. A. sind in neuester Zeit Einwände gegen die Cholecystektomie erhoben worden; es wird von ihnen wieder mehr die Cystostomie, bez. die Cystendyse empfohlen; sie wollen die Cystektomie nur bei sehr beengter Indikationstellung gelten lassen. H. hat die seit 1894 von v. Braunann und ihm ausgeführten 50 Cholecystektomien genau durchgesehen, konnte aber eine Berechtigung für die Einwände gegen die Operation nicht finden. Er unterscheidet 3 Arten der Cystektomie: gewöhnliche Ektomie; Ektomie mit Leberresektion; subseröse Ektomie mit Hepatopexie. Letztere Operation ist für Fälle von chronischer calkulöser Cholecystitis mit partieller Hepatoptose, Schnürleberlappen, flottirendem Lappen geeignet. Die Gallenblase wird subserös exstirpirt, der Serosaschlauch durch einen Kanal des Lebergewebes an die Convexität der Leber gebracht, hier ausgebreitet und als Aufhängeband an Rippenrand und Unterfläche des Zwerchfells durch Nähte befestigt. Die Ektomie mit ausgiebiger Resektion von Lebergewebe, meist in Keilform und stets im Zusammenhange mit der Gallenblase, ist bei carcinomatöser und carcinomverdächtiger Gallenblase angezeigt. Bei der Cholecystektomie besteht kaum eine Infektionsgefahr; postoperative Peritonitis wurde nie beobachtet. Grössere Blutungsgefahr als bei Cystostomie ist nicht vorhanden, wenn an Stelle des Thermokauter Unterbindungen vorgenommen werden. Akute Magendilatation, Bluterbrechen kamen nie zur Beobachtung. Dass durch die Exstirpation der Gallenblase dem Gallenstrome ein regulirendes Reservoir entzogen wird, ist ebenfalls nicht zuzugeben, da es sich fast stets um Gallenblasen handelt, die aus dem Galleuflusse ausgeschaltet sind oder schon lange Zeit nur einen pathologischen Inhalt hatten. P. Wagner (Leipzig).

265. **Die Cholecystektomie bei Gallensteinen;** von Dr. A. N. Pop-Avramesen. (Inaug.-Diss. Bukarest 1908.)

P.-A. beschreibt die in der Klinik von Th. Jonescu übliche chirurgische Behandlung der Gallensteine und beschreibt eine neue Behandlung, die er auf Grund mehrerer am Hunde angestellter Experimente empfiehlt. Sie besteht darin, dass, falls die Gallenblase starke Verwachsungen mit der Umgebung hat, sie nur eröffnet, gereinigt und vernäht wird, während man andererseits den Ductus cysticus doppelt unterbindet und durchschneidet, die Gallenblase also ausschaltet, aber nicht entfernt. Sie verkleinert sich und der Gallenabfluss geht weiter, ohne dass das Thier irgend welche Beschwerden darbietet. Die Operation ist da, wo der Ductus choledochus undurchgängig ist, contraindicirt und durch die Cholecystostomie zu ersetzen. E. Toff (Braila).

266. **Zur Frage der idealen Cholecystektomie;** von Dr. O. Thorspecken. (Beitr. z. klin. Chir. LI. 3. 1906.)

Als *ideale Ektomie* bezeichnet Czerny die Exstirpation der Gallenblase mit sofortigem Verschlusse des Cysticusstumpfes. Von 1901—1905 wurden in der Czerny'schen Klinik 42mal ideale Ektomien ausgeführt, denen gegenüber fast doppelt so viel Hepaticusdrainagen stehen. Unter den überhaupt für die Ektomie geeigneten Fällen sind als geeignet für die ideale Ektomie die zu bezeichnen, in denen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Steine im Choledochus auszuschliessen sind, was einerseits durch genaue Palpation, andererseits

durch Ausschluss solcher Fälle geschieht, in denen die Beschaffenheit der Conkremente in der Gallenblase oder im Cysticus ein Uebersehen auch bei genauester Palpation möglich macht, wie das bei zahlreichen kleinen Steinen, Steinbröckeln oder einem förmlichen Steinbrei leicht der Fall ist. Bei solchem Befunde ist die Schlitzung des Choledochus mit Drainage des Hepaticus unbedingt angezeigt.

P. Wagner (Leipzig).

267. **Die Regeneration der Gallenblase nach partieller Cholecystektomie;** von Dr. v. Stubenrauch. (Arch. f. klin. Chir. LXXXII. 2. 1907.)

Aus der von v. St. ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte geht hervor, dass sich bei Stauungen im Gallensysteme aus einem kleinen Gallenblasenstumpfe von ca. 2 cm Länge ein Organ von ansehnlicher Grösse entwickeln kann, das in jeder Hinsicht einer Gallenblase gleicht. Man kann hier thatsächlich von einer Gallenblasenregeneration sprechen; denn das neue Reservoir ist aus Theilen der früheren Blase hervorgegangen und zeigt eine Schleimhautauskleidung, die das typische mosaikartige Aussehen der normalen Gallenblasenmucosa darbietet. P. Wagner (Leipzig).

268. **Zur Aetiologie der Recidive und Pseudorecidive nach Gallensteinoperationen;** von Dr. O. Ehrhardt. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 14. 1907.)

Die sehr seltenen echten Recidive nach Gallensteinoperationen sind nur beobachtet worden, wenn die Gallenblase erhalten blieb; und auch die Pseudorecidive treten fast ausnahmelos nur dann auf, wenn die Gallenblase, oder ein Theil ihres Halses oder der Ductus cysticus zurückgelassen wurde. Man kann sich gegen die Recidive schützen, wenn man die Gallenblase radikal entfernt und die tiefen Gallengänge drainirt. Die Ursachen dieser Recidive und Pseudorecidive sind in gewissen anatomischen Eigenschaften der Gallenblase zu suchen, nämlich in der Vermehrung und Wucherung der Luschka'schen Gänge. Sie sind Sitz der Entzündung und in ihnen liegen ausser Schleimansammlungen und Entzündungsprodukten, auch gelegentlich kleine Gallenconkremente. P. Wagner (Leipzig).

269. **Das Fadenrecidiv nach Gallensteinoperationen;** von Dr. H. Flöreken. (Deutsche Ztschr f. Chir. XCIII. 3. 1908.)

Eine Sonderstellung unter den *Gallensteinrecidiven* nehmen die sogen. *Fadenrecidive* ein, d. h. solche Fälle, in denen um Fäden, die von der ersten Operation herrühren, Conkremente sich bilden. Sie beweisen, dass eine neue Steinbildung thatsächlich vorkommen kann, allerdings unter so eigenartigen Verhältnissen, dass man nicht ohne Weiteres von echten Recidiven sprechen kann. Einen sehr instruktiven Fall von Fadenrecidiv theilt Fl. aus der Würzburger chirurg. Klinik mit; im Anschlusse hieran berichtet er über 7 weitere Fälle aus der Literatur. In 2 Fällen hatte der Fadenstein richtige Koliken ausgelöst. In 6 Fällen bildeten sich die Fadensteine nach der Cystostomie aus; nur im Hinblicke auf diese seltene Recidivmöglichkeit jedoch die Indikation zur Cystektomie zu erweitern, wird wohl keinem Chirurgen einfallen, zumal theoretisch die Möglichkeit der Fadensteinbildung nach der Ektomie der Gallenblase in den Gallengängen durchaus besteht. Benutzt man zur Gallenblasennaht Catgut, wie es auch für die Naht der Harnblasenschleimhaut zur Vermeidung von Blasenconkrementen üblich ist, oder lässt man beim Nähen mit Seide die Fäden lang, dann wird das Fadenrecidiv bald aus der Gallensteinchirurgie verschwinden.

P. Wagner (Leipzig).

270. **Der retroperitoneale Abscess im Zusammenhang mit den Erkrankungen der Gallenwege;** von Dr. Sprengel. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIII. 4. 1907).

Unter 170 Gallensteinoperationen beobachtete Sp. einmal bei einer 42jähr., seit Jahren gallensteinleidenden Frau einen entzündlichen Process der Oberbauchgegend. Die Operation ergab die Gallenblase mit Steinen gefüllt, und einen gallig-eitrigen Abscess, der sich hinter dem parietalen Peritonaeum der Rückwand des Bauches und weiter nach unten retrocolisch entwickelt hatte. Der Fall ging unglücklich aus, wie alle bisher in der Literatur veröffentlichten Beobachtungen, von denen Sp. nur 6 zu sammeln vermochte. Die Entwickelung der retroperitonäalen Abscesse dürfte sich in der Weise vollziehen, dass es nach der Perforation zunächst zu einer Verlöthung des Ligamonts mit der Rückwand, darauf zu einer Einschmelzung des parietalen Bauchfelles und zur Mitbetheiligung des Retroperitonaeum kommt.

P. Wagner (Leipzig).

271. **Ueber plastische Anastomosen zwischen Gallenwegen und Magendarmkanal zur Heilung der completen äusseren Gallenfistel;** von Prof. v. Stubenrauch. (Arch. f. klin. Chir. LXXIX. 4. 1906.)

v. St. beschreibt einen complicirten Fall von Choledochusstenose in Folge von Pancreatitis chron., in dem sich eine complete äussere Gallenfistel gebildet hatte, die v. St. schliesslich durch eine plastische Anastomose zwischen Gallenwegen und Magendarmkanal zur Heilung brachte. Aus dieser Beobachtung zieht er folgende Schlüsse: 1) Ist der Ductus choledochus in Folge Schwellung des Pankreas unwegsam geworden, so kommt für die Einleitung der Galle in den Darm in erster Linie die Cholecystenterostomie nach dem Vorschlag von Riedel und Mikulicz, in zweiter Linie, wenn die Gallenblase zur Ausführung dieser Operation ungeeignet ist, die Einpflanzung des Choledochus in den Dünndarm oder Magen in Betracht.. 2) Der von Rebsen gemachte Verschlag, bei Choledochusstenose in Folge von Pankreatitis eine temporäre Gallenfistel anzulegen, ist nicht empfehlenswerth, da durch die Anlegung einer äusseren Gallenfistel nicht mit Sicherheit eine Rückbildung der Paukreasschwellung erfolgt und damit die Passage des Chole-

dochus nach dem Darm zu frei wird, und weil im Falle des Versagens des erwarteten Effektes bei einer zum Verschluss der Gallenfistel nöthig werdenden Sekundäroperation in Folge ausgedehnter Verwachsungen, Brüchigkeit der Gewebe u. s. w. eine Cholecystenterostomie, die in der ersten Sitzung wenig technische Schwierigkeiten geboten hätte, unendlich schwieriger sich gestaltet, ja sogar, wie der Fall v. St.'s beweist, unmöglich werden kann. 3) Nur in den seltenen Fällen, die die Möglichkeit ausschliessen, die sonst üblichen Methoden der Ableitung des Gallensekretes in den Darm durchzuführen, ist eine plastische Operation überhaupt gestattet. Dann ist nach den Verhältnissen, die bei der ersten Operation gefunden wurden, zu entscheiden, welche von den besprochenen Methoden zum Verschluss der Gallenfistel geeigneter erscheint. Im Allgemeinen dürfte die subcutane Implantation einer ausgeschalteten Darmschlinge die besseren Erfolge erzielen.

P. Wagner (Leipzig).

272. **Gallen-Bronchus-Fistel; Laparotomie; Heilung;** von Dr. Klauber. (Arch. f. klin. Chir. LXXXII. 2. 1907.)

Bei einer 36jähr. Frau, die seit Wochen an einem schweren Gallensteinleiden krank war, dessen Symptome in der letzten Zeit abgeklungen waren, trat ganz plötzlich ein Durchbruch von den Gallenorganen in die rechte Lunge ein. In der Annahme, dass die grossen Gallengänge der Ausgangspunkt der Lungengallenfistel seien, musste zur operativen Heilung der abdominale Weg als der zweckmässigere erscheinen. Durch die Operation wurde der Galle, die vorher ihren Ausweg durch die Lungenfistel nehmen musste, der Weg durch den Choledochus in den Darm freigemacht, wie das sofortige Aufhören des Gallenhustens und die Färbung des ersten Stuhlganges post operat. bewiesen. P. Wagner (Leipzig).

273. **Ueber Gallenstein-Ileus;** von Dr. R. Lesk. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1—2. 1908.)

L. theilt 5 Operationen wegen *Gallenstein-Ileus* aus der Schnitzler'schen chirurg. Abtheilung (Wieden in Wien) mit. Im Ganzen hat er 184 Fälle tabellarisch zusammengestellt. Die an Gallenstein-Ileus Erkrankten sind meist Frauen im vorgeschritteneu Alter. Zur Diagnosenstellung verdient die Anamnese besondere Berücksichtigung. Das *Krankheitbild* ist gekennzeichnet durch die relative Gutartigkeit des Darmverschlusses, geringe Stärke der initialen Symptome, frühzeitiges Erbrechen, Nachweis dilatirter, sich nur wenig oder gar nicht steifender Darmschlingen, normale Temperaturen, mässige Leukocytose, Wechsel der Erscheinungen mit Zeiten vollständiger und unvollständiger Durchgängigkeit des Darmes. Für das Zustandekommen des Gallenstein-Ileus ist vor Allem die allmählich sich entwickelnde Darmlähmung oder richtiger gesagt Erschöpfung des Darmes maassgebend. Meist sitzt der Stein im unteren Ileum. Die *Prognose* ist für die Operation günstig, wenn die Ileussymptome nicht länger als 4 Tage bestanden haben. Da die *Diagnose* des Gallenstein-Ileus nur selten mit Sicherheit gestellt wird, so kommt operativ meist die mediane Laparotomie unterhalb des Nabels in Betracht. P. Wagner (Leipzig).

274. **Die Zerreissungen der Gallenausführungsgänge durch stumpfe Gewalt;** von Dr. Meissner. (Beitr. zur klin. Chir. LIV. 1. 1907.)

M. berichtet aus der v. Brnns'schen Klinik über einen 29jähr. Kr. mit subcutaner traumatischer Zerreissung des Ductus hepaticus ohne Ruptur der Leber. Der Kr. wurde erst 14 Tage nach der Verletzung in moribundem Zustande in die Klinik gebracht; Tod. Pathologisch-anatomisch handelte es sich um eine Ruptur des Ductus hepaticus an der Vereinigungstelle des rechten und linken Astes zum Hauptstamm in der Porta hepatis.

In der Literatur konnte M. nur 19 hierhergehörige Beobachtungen finden, von denen 13 von Lewerenz zusammengestellt worden sind. Von den 20 Kr. starben 5 ohne Operation; 3 nur mit Punktion behandelte Kr. starben ebenfalls. Von 12 Laparotomirten starben 5 = 41.6%. Jedenfalls muss heutzutage die Forderung aufgestellt werden, bei diesen Verletzungen zu operiren, und zwar sobald der Shock einigermaassen vorüber und die Spannung des Leibes nicht zurückgegangen ist.

P. Wagner (Leipzig).

275. **Beitrag zur Behandlung der Leberrupturen;** von Dr. R. v. Hippol. (Arch. f. klin. Chir. LXXXI. 2. 1906.)

Unter Beibringung einer eigenen, durch Operation glücklich ausgegangenen Beobachtung von *Leberruptur* bespricht v. H. die Symptomatologie dieser Verletzungen. Nur in besonders günstig gelegenen Fällen werden wir über die Wahrscheinlichkeitdiagnose einer Leberruptur hinauskommen; meistens wird uns erst die Probelaparotomie Sicherheit geben. Das ist aber auch an und für sich kein Unglück, denn die Diagnose der inneren Blutung wird uns in der Mehrzahl der Fälle unschwer gelingen, und wo diese gestellt ist, da ist der sofortige Bauchschnitt die einzige berechtigte Behandlung. In der Literatur finden sich im Ganzen 80 Fälle von primärer, d. h. innerhalb der ersten 3 Tage post trauma stattgefundener *Laparotomie*. 32 Kr. wurden durch die Operation dem sicheren Tode entrissen. Von der Schnelligkeit des Eingriffes hängt zum grössten Theil sein Erfolg ab. Daher brauchen wir unter allen Umständen grosse Schnitte, um eine schnelle Orientirung zu ermöglichen. Die *Stillung der Blutung durch Tamponade* ist die schnellste, einfachste und sicherste Methode, die unter allen Umständen zur Anwendung kommen kann. P. Wagner (Leipzig).

276. **Neue Beiträge zur Leberresektion;** von Dr. W. Anschütz. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIV. 2. 1907.)

An einem Beobachtungsmaterial von 20 Fällen, das aus der Rostocker, Königsberger und Breslauer

Klinik stammt, zeigt A., dass man auf recht einfache Weise zu guten Resultaten bei der Resektion auch grösserer Leberthoile kommen kann. Weder wurden complicirte Naht- noch Unterbindungsmethoden gebraucht, noch musste zur Compression mit Fremdkörpern gegriffen werden, die in der Bauchhöhle zurückgelassen werden. Auch wurde nie zweizeitig operirt, oder eine Vorlagerung des zu exstirpirenden Theiles vor die Bauchhöhle vorgenommen. In allen 20 Fällen war die Behandlung der Bauchwunde intraperitonäal. Es handelte sich 3mal um Tumoren der Leber, 1mal um ein übergreifendes Magencarcinom, 3mal um übergreifende Gallenblasencarcinome, 1mal um Leberresektion bei irreponiblem Nabelschnurbruch. Hinzu kommen 5 Fälle von Chelecystitis und 7 Fälle von Echinococcus, in denen grössere oder kleinere Leberresektionen vorgenommen werden mussten. Nur 1 Kr. starb im Anschluss an die Operation, und zwar in Folge von Jodoform- oder Chloroformvergiftung. Bei der Resektion von Lebergewebe kommt es darauf an, die Aeste der Venae portae und der Art. hepatica sicher zu fassen und zu unterbinden. Hierzu kann man auf zweierlei Art vorgehen: 1) Man sorgt für Anlegung einer glatten Schnittfläche; in der glatten Fläche wird man alsdann die grösseren blutenden Gefässe gut fassen und ligiren können; um die kleineren braucht man sich nicht zu bekümmern. Die Leberwunde wird, wenn möglich, keilförmig angelegt und durch Nähte geschlossen. 2) Das andere Verfahren, mittels dessen man die blutenden Gefässe sicher fassen kann, ist das der intrahepatischen Ligatur nach Kusnetzoff und Pensky. Die Ligaturen werden mit starkem Catgut mittels Déchamps'scher Nadel angelegt und langsam aber kräftig angezogen. In geeigneten Fällen kann man mit Vortheil vorübergehend von einer elastischen Ligatur Gebrauch machen. Sehr wichtig für grössere Leberresektionen oder Operationen an den schwerer zugänglichen Theilen ist, dass man sich das Operationfeld gross und breit freilegt, eventuell durch Resektion des Rippenbogens, ohne Eröffnung der Pleura.

P. Wagner (Leipzig).

277. **Su 23 cisti di echinococco del fegato;** pel Dott. Nicole Celetti. (Rif. med. XXffI. 4. p. 85. 1907.)

An der Hand kurzer Krankengeschichten wird eine Uebersicht über 23 Leberechinokokken gegeben, die alle operativ behandelt sind. 11mal wurde nach Lindemann-Landau, 2mal nach Delbet, 3mal nach Israel-Segond operirt. Die ideale Methode ist die Totalexstirpation der Cysten nach Lawson Tait, die aber nicht immer ausführbar ist. Hier wurde sie in 7 Fällen mit bestem Erfolge angewandt. Auch die anders behandelten Kranken genasen.

Fischer-Defoy (Kiel).

278. **Beiträge zur Milzchirurgie;** von Dr. M. Flammer. (Beitr. z. klin. Chir. L. 3. 1906.)

Fl. berichtet aus dem Stuttgarter Karl-Olga-Krankenhause über 5 Fälle von *Milzexstirpation*, und zwar 3mal wegen Ruptur (2 Todesfälle), 1mal wegen chronisch infektiösen Milztumors, 1mal wegen Banti'scher Krankheit (1 Todesfall).

Was die Fälle von *Splenektomie wegen Milzruptur* anlangt, so war der tödtliche Ausgang in dem einen Falle als Folge der weit vorgeschrittenen Anämie aufzufassen; der andere Kranke erlag der sich an den Eingriff anschliessenden Peritonitis mit darauf folgender doppelseitiger Pneumonie. Der durch Splenektomie geheilte Kranke bot in physiologischer Beziehung nichts Neues. In dem 4. Falle handelte es sich um eine chronische Milzschwellung, hervorgerufen durch Staphylokokkeninfektion. 2 Jahre später wurde die Kranke wieder aufgenommen mit einem wahrscheinlich leukämischen Drüsentumor im rechten Hypochondrium; ausgeprägte leukämische Blutbeschaffenheit. Der Kranke mit wahrscheinlich Banti'scher Krankheit erlag 8 Tage nach der Splenektomie einer starken Magen-Darmblutung. Ein endgültiges Urtheil über den therapeutischen Werth der Splenektomie bei der Banti'schen Krankheit kann noch nicht abgegeben werden. Versuchsweise sollte in diesen Fällen stets die *Röntgenbehandlung* vorgenommen werden.

P. Wagner (Leipzig).

279. **Ueber sequestrirende Milzabscesse;** von Prof. H. Küttner. (Beitr. z. klin. Chir. LIV. 2. 1907.)

Als *„sequestrirenden Milzabscess"* möchte K. eine Erkrankung bezeichnen, die durch die Dissecirung grösserer im Eiter als Sequester nachweisbarer Theile des Milzparenchyms charakterisirt ist. Während dieser Vorgang in den anderen grösseren Unterleibdrüsen sehr selten ist, wird er in der Milz mit einer gewissen Regelmässigkeit beobachtet und kann von diagnostischer Bedeutung sein. K. theilt zunächst 2 eigene Beobachtungen mit, von denen die eine der Tübinger, die andere der Marburger Klinik entstammt. Aus der Literatur konnte K. 41 weitere Fälle von „sequestrirendem Milzabscess" sammeln, so dass ihm für die Beurtheilung der pathologischen Vorgänge ein Material von 43 Beobachtungen zur Verfügung stand. Der *Aetiologie* nach handelte es sich um *sequestrirende Milzabscesse traumatischen Ursprunges:* 6 Fälle = 14%; um sequestrirende Milzabscesse *im Gefolge septischer Allgemeininfektion:* 11 Fälle = 25.28%; um dergleichen *im Verlaufe des Typhus abdominalis:* 6 Fälle = 13.95%; um dergleichen *auf Grundlage von Malaria:* 7 Fälle = 16.28%; um eiterige Sequestrirung von Milzgewebe *nach Stieltorsion der Wanderniłz:* 2 Fälle = 4.65%; um sequestrirende Milzabscesse *nach Magenperforation:* 3 Fälle = 6.97%; um sequestrirende Milzabscesse *unklarer Aetiologie:* 8 Fälle = 18.6%. Durch experimen-

telle Untersuchungen konnte K. beweisen, dass sowohl eine Quetschung, wie ein Infarkt den Ausgangspunkt des dissecirenden Milzabscesses bilden kann.

Die *eiterige Dissecirung der Milz* ist gewiss ein Vorgang von hohem theoretischen und pathologisch-anatomischen Interesse; es kommt ihm jedoch auch eine gewisse praktische, *diagnostische Bedeutung* zu. Denn ausser der sanguinolenten Beschaffenheit und der schmutzigrothen, schokoladeähnlichen Farbe des Eiters spricht vor Allem der Befund grösserer nekrotischer Gewebestücke oder Fetzen im Eiter eines linkseitigen subphrenischen oder intraabdominalen Abscesses für die *Milz als Ursprungstätte der Eiterung.* P. Wagner (Leipzig).

280. **Ueber Milzrupturen in den Tropen;** von M. Glogner. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. X. 1. p. 17. 1906.)

Milzrupturen in den Tropen sind nach Gl. viel häufiger als allgemein angenommen wird. In 5 Jahren hat er allein 10 Fälle beobachtet, darunter einige von gerichts-ärztlichem Interesse. Eine mässige Gewalteinwirkung genügt bei Malariamilzen, um din gespannte Kapsel einzureissen. Manche vermeintlich spontane Milzruptur, auch bei Typhus in Europa, ist wohl auf unbeachtete Traumen zurückzuführen. Walz (Stuttgart).

281. **Die subcutane Milzzerreissung und ihre Behandlung;** von Dr. Letsch. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 1. 1908.)

4 Fälle von *subcutaner Milzzerreissung*, die im vergangenen Jahre in der Habs'schen chirurg. Abtheilung (Magdeburg-Altstadt) beobachtet wurden. Bei 3 Kr. wurde die *Splenektomie* vorgenommen (1 Todesfall); 1 Kr. verweigerte jeden operativen Eingriff (Tod).

L. stellt folgende Schlusssätze auf: 1) Die subcutane Milzruptur führt zu einem der Diagnose durchaus zugänglichen Krankheitbilde. 2) Die einzig rationelle Behandlung besteht in sofortiger Laparotomie. 3) Die Methode der Wahl ist die Splenektomie. P. Wagner (Leipzig).

282. **Zur Laparotomie bei subcutaner Milzruptur;** von Dr. M. Haffter. (Beitr. z. klin. Chir. LVI. 2. 1908.)

H. berichtet aus dem Cantonspitale Münsterlingen über 2 Fälle von *subcutaner Milzruptur*, in denen von Brunner die Laparotomie vorgenommen wurde. Im 1. Falle, in dem der obere Pol der Milz in toto abgerissen war und exstirpirt werden musste, trat Genesung ein. In beiden Fällen bestand keine schwere Anämie; der 2. Fall war besonders bemerkenswerth im Hinblick auf die Differentialdiagnose zwischen intraperitonäaler Blutung und Perforationperitonitis. Es waren auch hier Spannung der Bauchdecken und stark ausgeprägte Druckempfindlichkeit verhanden. P. Wagner (Leipzig).

283. **Ueber Splenektomie bei traumatischer Milzruptur;** von Dr. W. Hörz. (Beitr. z. klin. Chir. L. 1. 1906.)

v. Borgor hat 1902 69 Fälle von Exstirpation einer verher gesunden Milz wegen subcutaner traumatischer Ruptur zusammengestellt. H. hat diese Statistik auf 103 Fälle vermehrt und fügt eine neue Beobachtung aus der v. Bruns'schen Klinik bei.

Es handelte sich um einen gesunden 19jähr. Kr., der durch einen Hufschlag gegen den Unterleib verletzt wurde und gleich nach dem Trauma die Zeichen einer schweren inneren Blutung darbot. 2½ Stunden nach dem Unfalle Laparotomie: Milzruptur mit starker Blutung, keine andere Eingeweideverletzung. Nachdem der Versuch der Milznaht missglückt war, wurde die Exstirpation vorgenommen. *Heilung*, keine Ausfallserscheinungen; Gewichtzunahme um 9 kg.

Von den 69 Operirten der v. Berger'schen Statistik starben 29 = 42%; von den 35 Operirten der Zusammenstellung H.'s nur 10 = 28.6%. Ueber die *Funktion der Milz* bringt auch der vorliegende Fall von Splenektomie nach subcutaner traumatischer Ruptur keinen Aufschluss; er bildet nur einen Beweis mehr dafür, dass die Milz entbehrlich ist und exstirpirt werden darf, sobald eine Indikation hierzu auftritt. Für den Chirurgen ist am werthvollsten die Thatsache, dass durch die Splenektomie ein sonst sicher dem Tode verfallenes Menschenleben gerettet werden kann.

P. Wagner (Leipzig).

284. **Ueber Milzexstirpation wegen Milzverletzung;** von Dr. W. Neetzel. (Beitr. z. klin. Chir. XLVIII. 2. 1906.)

N. theilt aus der Rehn'schen chirurg. Abtheilung 6 Fälle von *Milzexstirpation wegen Verletzung* mit (3 Kr. starben). 4 Operationen hat N. selbst ausgeführt, bei den beiden anderen Rehn assistirt. Die Operationgeschichten mit ihren zum Theil sehr interessanten Einzelheiten müssen im Originale nachgelesen werden. So unsicher auch die specielle Diagnose einer Milzverletzung ist, so sicher ist andererseits glücklicher Weise durch die vorhandenen oder fehlenden Symptome der peritonäalen Reizung die Frage der Indikation zur Laparotomie zu entscheiden. Bei bestehender diffuser peritonäaler Reizung wird man kaum jemals einen Bauch aufmachen, in dem nicht eine schwere, der schleunigen operativen Behandlung bedürftige Verletzung vorliegt. Für die einzig richtige *Therapie der Milzverletzung* hält N. die *Exstirpation der Milz*; ihre *Prognose* hängt davon ab, ob eine vollkommene Blutstillung erreicht ist, und welcher Art die Nebenverletzungen sind, bez. ob deren Folgen vom Körper überwunden oder durch die Therapie beherrscht werden können. Nachdem festgestellt ist, dass der Verlust der Milz gar keine schädlichen Folgen für das betroffene Individuum hat, besteht an und für sich keine Gegenindikation gegen die Exstirpation. Dass sie technisch schwieriger ist als eine exakte Naht oder eine exakte Tamponade, kann kaum behauptet werden. *Die Exstirpation der Milz ist die einzig sichere Methode, die Blutung aus Milzwunden zu stillen.* P. Wagner (Leipzig).

285. **Ein Beitrag zur Chirurgie der nicht parasitären Milzcysten;** von Dr. E. Bircher. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

34jähr. Frau mit Milzcyste nach Milzinfarkt. Stieldrehung der Cyste. Dass diese Stieldrehung kurze Zeit vor der Operation stattgefunden haben musste, beweist der Umstand, dass der grössere Theil der Milz bei der Operation intakt gefunden wurde. Resektion der Cyste; *Tod* an postoperativem Ileus.

Von den verschiedenen Operationen (Punktion, Incision, Cystektomie, Splenektomie) stellt die Enucleation der Cyste mit Resektion im gesunden Milzgewebe das beste Verfahren dar. Doch auch die Splenektomie hat sehr günstige Resultate ergeben.

Zum Schlusse stellt B. 33 Fälle von operativ behandelter Milzcyste tabellarisch zusammen. 14 Splenektomien endeten sämmtlich günstig. P. Wagner (Leipzig).

286. **Zur Pathologie und Therapie des Milzabscesses;** von Dr. L. Kirchmayr. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXIII. 1 u. 2. 1906.)

K. berichtet über einen *Milzabscess*, der bei einer 27jähr. Kr. nach Ablauf eines leichten, fast ambulatorischen Typhus zur Beobachtung und Operation kam, und aus dessen Eiter Typhusbacillen in Reincultur gezüchtet wurden. Der durch die Thoraxwand gedeckte Abscess wurde zweizeitig von der Thoraxhöhle aus eröffnet; die Kr. genas. P. Wagner (Leipzig).

287. **Ueber eine bisher unbekannte Ursache des Fiebers nach Milzexstirpationen;** von Dr. E. v. Herczel. (Wien. klin. Wchnschr. XX. 5. 1907.)

v. H. berichtet zunächst über *5 Milzexstirpationen*, die er in den letzten $1^1/_2$ Jahren ausgeführt hat. Auf Grund seiner eigenen und der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen kommt er zu folgendem Ergebnisse: „Das *nach Splenektomien auftretende Fieber* stellt stets eine aseptische, durch kleinere Fettgewebsnekrosen um den Stumpf herum bedingte Temperatursteigerung dar, die stets zu vermeiden ist, wenn man dafür Sorge trägt, dass der Schweif der Bauchspeicheldrüse nicht in die Ligatur mitgefasst und damit verletzt werde. Dies lässt sich auf die Weise erreichen, dass die Hilusgefässe unmittelbar neben der Milz partienweise unterbunden werden. Es empfiehlt sich hierbei, keine Klammern anzuwenden, sondern jedes Gefäss unmittelbar bei seinem Austritte aus der Milz mittels 2—3 Seidenligaturen zu unterbinden. Dieses Verfahren ist um so mehr zu empfehlen, als diese Ligaturen wesentlich verlässlicher halten, als die en masse angebrachten und demgemäss auch zu Nachblutungen seltener Anlass bieten." P. Wagner (Leipzig).

288. **Ueber Magen-Darmblutungen nach Milzexstirpation.** *Zugleich ein Beitrag zur Casuistik der isolirten Schussverletzungen der Milz;* von Dr. Viktor Lieblein. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XVII. 3 u. 4. p. 431. 1907.)

Auch wenn man bei der Operation alle Vorsicht anwendet und, sich dicht an den Hilus der Milz haltend, die Abbindung der Arter. gastricae breves vermeidet, können nach einer Milzexstirpation Magen-Darmblutungen auftreten. Diese Gefahr und Anderes lässt die Milzentfernung nicht so unschuldig erscheinen, wie sie gelegentlich hingestellt wird. L. räth deshalb in geeigneten Fällen von Milzverletzung Tamponade und Naht zu versuchen.

Dippe.

289. **Das Cavum praeperitoneale Retzii und die Erkrankungen seines Zellgewebes;** von Prof. J. Englisch. (Folia urologica II. 3. 4. 1908.)

„1) Als Cavum praeperitoneale *Retzii* wurde bisher der Raum bezeichnet, in dem zwischen der vorderen Bauchwand und dem Bauchfelle die sich füllende Blase emporsteigt. 2) Die Anschauung von Retzius hat sich nicht als richtig erwiesen. 3) Zwischen der vorderen Bauchwand und dem Bauchfelle liegt eine Reihe von mit Zellengewebe ausgefüllten und untereinander zusammenhängenden Räumen: a) das *Cavum praemusculare* zwischen dem vorderen Blatte der Rectusscheide und dem Muskel selbst, über die ganze Länge des Muskels; b) das *Cavum retromusculare* zwischen dem Muskel und dem hinteren Blatte, dessen Scheide und ebenso bis zur Schambeinfuge, daher auch Cavum suprapubicum: c) zwischen der Scheidenmembran und jenem fibrösen Blatte, das vorn und unten vor den Nabelgefässen und der Blase zum Beckenbande zieht und vom Nabel bis hinter die Schambeinfuge reicht (*Cavum retropubicum*); d) zwischen der vorderen unteren Platte der Nabelgefässe und der vorderen Blasenwand (*Cavum praevesicale*); e) zwischen der hinteren Blasenfläche und der hinteren, oberen Platte der Nabelgefässe (abstammend von der Fascia transversa); es reicht vom Nabel bis zum oberen Rande der Vorsteherdrüse, da die hintere Platte mit der Fascia vesico-rectalis verschmilzt; f) zwischen der hinteren Platte und dem Bauchfelle (*Cavum praeperitoneale*). 4) Das Zellengewebe aller dieser Räume hängt untereinander zusammen und ebenso auch mit dem des kleinen Beckens, der Darmbeingruben bis zur Niere, und durch Gefäss- und Nervenlücken der Bauchwand, sowie durch Schenkel- und Leistenkanal mit dem Unterhautzellengewebe. 5) Die Entzündung des Zellengewebes ist: eine *traumatische*, oder eine *fortgepflanzte*, oder eine *infektiöse*, oder eine *tuberkulöse*, oder endlich eine *idiopathische*. 5) Die *Diagnose* muss sich stützen auf eine genaue Beachtung der Heredität und vorausgegangener Erkrankungen, auf genauen Status mit Untersuchung des ganzen Körpers, des Harns, der Sekrete überhaupt, insbesondere auch auf bakteriologische Untersuchungen. Ein wesentlicher Punkt ist das Verhalten der Blase nach dem Katheterismus: die Grösse der Geschwulst bleibt nach Entleerung der Blase ganz oder fast ganz unverändert. Nicht nur bei der Aufnahme, sondern auch während des Verlaufes der Krankheit erscheint die bimanuelle Untersuchung absolut nothwendig. 6) In Berücksichtigung dieser Untersuchungen wird die *Differentialdiagnose* nicht schwer sein. Etwa zurückgebliebene Schwielenbildung ist zu berücksichtigen. 7) Der

Verlauf der traumatischen, der infektiösen und der idiopathischen Form ergiebt viele Fälle von Heilung; er erscheint daher günstiger, als bei der fortgeleiteten Form, wo die Ausgangskrankheit die Schwere des Verlaufes bedingt. 8) Die *Behandlung* muss, solange akute entzündliche Erscheinungen vorliegen, in der Anwendung von Kälte bestehen. Tritt unter Auftreten oder Steigerung des Fiebers Eiterung ein, so muss die Eröffnung des Abscesses alsbald vorgenommen werden: bei den vor der Blase liegenden Abscessen durch einen Schnitt in der Linea alba, bei denen hinter der Blase mittels des Dupuytren'schen prärectalen Schnittes und der Ablösung des Mastdarmes."

P. Wagner (Leipzig).

290. **Ein Beitrag zur Histologie und Genese der congenitalen Divertikel der männlichen Harnröhre;** von Dr. F. Suter. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. 1908.)

Nach der Ansicht S.'s sind die angeborenen Divertikel der männlichen Harnröhre, soweit sie histologisch untersucht sind, nicht Ausstülpungen der Harnröhrenwand, sondern mit der Urethra communicirende Taschen, deren Wand den gleichen Bau zeigt, wie die von Dermoidcysten, wie sie in der Genito-Perinäalraphe vorkommen. Die Entstehung dieser Divertikel ist zu erklären durch die Annahme von abnormer Persistenz eines mit der Harnröhre communicirenden Theiles der Genitalrinne, der sich zu einer Tasche auswächst mit epidermoidaler Auskleidung und in Folge von Füllung und Erweiterung durch den Urin dem Träger früher oder später Beschwerden verursacht.

P. Wagner (Leipzig).

291. **Beiträge zur Casuistik der Myome der Harnwege;** von Dr. R. Paschkis. (Folia urologica II. 4. 1908.)

Die Myome der Blase gehören zu den seltenen Blasentumoren; man unterscheidet peripherische, intraparietale und submuköse Myome. Die Symptome der letztgenannten, relativ häufigsten Myome, mit denen sich die vorliegende Arbeit in erster Linie befasst, sind abhängig von Sitz, Grösse u. s. w. der Geschwülste; im Allgemeinen sind sie allerdings die gleichen, wie die der übrigen Blasentumoren. Jedoch können auch die kleinen Myome heftige Beschwerden verursachen. Die Symptome der peripherischen Myome sind meist, natürlich je nach Grösse des Tumor, die einer abdominalen Geschwulst und fast nie derart, dass sie direkt auf die Blase als Ausgangspunkt des Tumor hindeuten. Zur Diagnose muss neben der allgemeinen und lokalen Untersuchung vor Allem die Cystoskopie ausgeführt werden, die über die Eigenschaften des Tumor am besten näheren Aufschluss zu geben vermag.

Therapeutisch kommt bei den Myomen, wenn sie überhaupt durch ihre Symptome Anlass zu ärztlicher Behandlung geben, ausschliesslich die Operation in Betracht; als Methode der Wahl ist der hohe Blasenschnitt zu empfehlen.

Histologisch sind am häufigsten die Fibromyome, seltener die Myosarkome, am seltensten die Rhabdomyome.

Vielleicht giebt es auch Myosarkome der Prostata, die histologisch und klinisch gutartige Metastasen erzeugen. In dem von P. mitgetheilten Falle fanden sich ausschliesslich subcutane, gut abgegrenzte, abgekapselte Metastasen, die sämmtlich Leiomyome waren und kaum nennenswerthe Beschwerden verursacht hatten. Der Fall ist ein Unicum.

P. Wagner (Leipzig).

292. **Ueber Blasenektopie;** von Prof. E. Enderlen. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 472—473. 1908.)

E. giebt eine kritische Besprechung der verschiedenen Methoden der Behandlung der Blasenektopie; er kommt dabei zu folgenden Ergebnissen: „1) Die Pelottenbehandlung der Blasenektopie ist ungenügend, da sich die Prothese bei dem Wechsel der Körperlage verschieben kann; ausserdem werden die Pelotten in vielen Fällen, wenn sie fest anliegen, nicht ertragen. 2) Kaum besser sind die Verhältnisse, wenn man die Einpflanzung der Ureteren in die Penisrinne, Haut oder Lumbalgegend vornimmt. 3) Die Lappenplastiken aus der benachbarten Bauchhaut oder dem Scrotum sind ungenügend. Die Continenz fehlt regelmässig, Pelotten müssen getragen werden, allerdings unter günstigeren Umständen als bei rein palliativer Behandlung und bei Einnähung in die sub 2) genannten Stellen. Die Gefahr der Steinbildung ist in hohem Maasse gegeben. 4) Die Vereinigung der Spaltränder der Blase (ideale Methode) schafft ein kleines Cavum, vermag die Continenz nicht herzustellen; Inkrustationen sind ebenfalls zu fürchten. 5) Die Vereinigung der Spaltränder giebt sehr beachtenswerthe Resultate, wenn die von Trendelenburg angegebene Voroperation ausgeführt wird; bei kleinen Kindern kann diese durch methodische Compressien der Beckenschaufeln ersetzt werden. Die Continenz wird nur selten erreicht, doch bereitet die Anlegung der Prothese keine Schwierigkeiten. 6) Die Anlegung einer Vesico-Rectalfistel und die Bildung der vorderen Blasenwand sind nicht zu empfehlen. 7) Die Einpflanzung der Ureteren allein in den Darm ist unter allen Umständen zu verwerfen; sie führt mit Sicherheit zur aufsteigenden Niereninfektion. 8) Die Maydl'sche Operation hat sicher Vorzüge vor den anderen Verfahren. Sie birgt gewisse Gefahren: Peritonitis, Fistelbildung, Pyelonephritis. Mit seltenen Ausnahmen schafft sie Continenz; man ist bei ihr nicht auf Urinale angewiesen. Es ist besser, die Einpflanzung in die Flexur, als in das Rectum vorzunehmen. Niereninfektion ist nicht ausgeschlossen. 9) Von den Modifikationen kommen die von Borelius und Müller und Berg in Betracht; die-

Digitized by Google

jenige von Gersuny ist zu complicirt, wenn sie auch das Ideal der Trennung von Urin und Koth in sich schliesst." P. Wagner (Leipzig).

293. **Zur Technik der Beckencompression bei Operation der Blasenektopie nach Trendelenburg;** von Prof. Wilms. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 3. 1908.)

Um die Blase bei der Ektopie direkt durch Naht vereinigen zu können, hat Trendelenburg die Beckenknochen rechts und links vom Sacrum durchmeisselt und dann das Becken durch Gurte zusammengepresst. Leider besteht hierbei der Nachtheil, dass trotz sorgfältigster Pflege bei starkem Drucke der Gurte ein Decubitus an den Trochanteren und der Spina ant. sup. kaum zu vermeiden ist. W. hat nun ein Compressorium erdacht, das mittels spitzer, kräftiger Nägel den nothwendigen Druck direkt auf den Knochen wirken lässt. Wegen der Einzelheiten vergleiche die mit Abbildung versehene Originalmittheilung. P. Wagner (Leipzig).

294. **Ueber die Bedeutung der Röntgenographie für die Diagnose und Behandlung der Blasensteine;** von Prof. J. Berg. (Nord. med. ark. XC. 7. 1907.)

Die Röntgenographie mit der heutigen Technik in geübter Hand gewährt ohne Schmerzen oder Gefahren für den Kranken in der Regel eine vollständigere Diagnose bei Blasenstein, als irgend eines von unseren bisher gebräuchlichen Hülfmitteln und muss also da, wo es angängig ist, *vor* Sondo und Cystoskop zur Anwendung kommen. Die Röntgenplatte gewährt oft sichereren Aufschluss als das Cystoskop über Vorkommen, Anzahl, Grösse und äussere Conturen der Steine. Um Schlüsse über die Freiheit oder Gebundenheit der Steine zu machen, ist die wiederholte röntgenographische Aufnahme, eventuell nach Füllung der Blase mit Sauerstoff, von grossor Bedeutung. Die Bedeutung der Röntgenographie für die Entdeckung des echten Divertikelsteines, wie gleichfalls der Steine im Ureterenende und der Prostatasteine, liegt klar zu Tage.

P. Wagner (Leipzig).

295. **Ueber Modifikationen der Sectio alta;** von Dr. Wullstein. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 4. 1908.)

W. giebt zunächst einen kurzen historischen Ueberblick über die Sectio alta und ihre verschiedenen Modifikationen. Dann beschreibt er seine, nach zahlreichen experimentellen Studien an Leichen und an Thieren gefundene Methode, die vor Allem angezeigt ist bei Erkrankungen der Prostata, bei Blasenscheiden- oder Blasen-Mastdarmfisteln und bei Blasentumoren, die ihren Sitz im Fundus der Blase oder in der Gegend der Ureteren haben.

Durch eine besonders ausgebildete Methode der temporären totalen Symphysenresektion wird die ganze vordere Blasenwand schnittfrei blossgelegt; die von Urin völlig entleerte Blase wird vorsichtig mit Luft gefüllt. Durch die in den Mastdarm eingelegten Finger eines Assistenten wird gerade *der* Theil der Blase möglichst handlich in das Niveau der Blasenwunde gehoben, an dem die Exstirpation der Geschwulst und die Resektion und Naht der Blasenwand ausgeführt werden soll. Für die Heilung der Blasenwunde ist es wünschenswerth, die Blase für 2—3 Tage möglichst vollkommen trocken zu legen, was durch Einlegen von Ureterenkathetern geschehen kann.

W. beschreibt dann noch eine besondere Art der Blasennaht, die namentlich bei hypertrophischen und starren Blasenwandungen angebracht ist.

P. Wagner (Leipzig).

296. **Ueber subcutane extraperitonäale Blasenrupturen;** von Dr. A. Schönwerth. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 4. 1908.)

Bei Verdacht auf Blasenzerreissung soll die Untersuchung vom Rectum aus, wenn möglich, niemals unterlassen werden. Vorwölbung der vorderen Mastdarmwandung, umschriebene Druckempfindlichkeit können im Stande sein, wichtige Anhaltepunkte für Diagnose und Lokalisation der Verletzung zu liefern. In Fällen, in denen der Riss nicht gefunden wird, und in denen man sich nicht zur Eröffnung der Blase entschliessen will, empfiehlt Sch. ein mehr aktives Vorgehen. Dieses hätte neben Eröffnung und Tamponade des prävesikalen Raumes und Einlegen des Verweilkatheters in der Incision des Perinaeum und Freilegung des unteren Theiles der hinteren Blasenwand zu bestehen. P. Wagner (Leipzig).

297. **Ueber retrovesikale und retroprostatische Cysten;** von Dr. W. Liebi. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. 1908.)

L. reiht die bisherigen Befunde von *retrovesikalen* und *retroprostatischen Cysten* in 4 Gruppen ein: I. Epitheliale Cysten in der Prostata, a) vom Prostatagewebe ausgehende Cysten; b) Cysten aus dem Utriculus prostaticus. II. a) Retroprostatische Epithelcysten; b) retroprostatische und retrovesikale Dermoidcysten. III. Retrovesikale Endothelcysten. IV. Echinococcuscysten, a) intraprostatische, b) retrovesikale Echinococcuscysten.

Ausführlich theilt L. dann einen Fall von *Lymphangioma cysticum* der Prostatagegend mit, der in der de Quervain'schen Privatklinik zur Beobachtung und Operation kam.

Die *Diagnose* dieser Cysten im Allgemeinen ergiebt sich, nach Ausschliessung einer Strictura urethrae oder Hypertrophia prostatae als mechanisches Hinderniss, aus dem Rectalbefund: prallo, fluktuirende Resistenz mit glatter oder grosshöckeriger Oberfläche. Die *Prognose* dieser Cysten im Allgemeinen muss quoad vitam als eine nicht sehr günstige bezeichnet werden. Die *Therapie* der Cysten kann nur eine operative sein.

P. Wagner (Leipzig).

298. **Zweizeitige Prostatektomie unter Lokalanästhesie;** von Prof. Lanz. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 22. 1908.)

An Stelle des Katheterismus bei Prostatahypertrophie hat principiell die *transvesikale Prostatektomie* zu treten. Sie ist, wenn grundsätzlich von der Narkose abgesehen wird, unter Lumbalanästhesie ausgeführt, nicht gefährlicher als der Katheterismus

Digitized by Google

und bietet zudem den Vortheil der Radikalheilung. Sorgfältig dosirt und wenn nöthig in 2 Akte zerlegt, ist die transvesikale Prostatektomie in die Reihe der „ungefährlichen" Operationen eingetreten. Bei sehr senilen oder heruntergekommenen Prostatikern kann der 1. Akt, die Sectio alta, sehr wohl in Lokalanästhesie mit 1proc. Cocainlösung, und der 2. Akt, die Ausschälung der Prostata, ohne jede Anästhesirung, ausgeführt werden.

P. Wagner (Leipzig).

299. **Eine neue Methode der Prostatektomie;** von Prof. Wilms. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 4 u. 5. 1908.)

Schneidet man direkt am linken absteigenden Schambeinaste ein, so gelangt man nach Trennung einer dünnen Fascie in ein lockeres Gewebe, das sich leicht stumpf trennen lässt und ohne jede Blutung soweit auseinander weicht, dass man unmittelbar auf dem seitlichen Lappen der Prostata sich befindet. Nach Einschnitt der Prostatakapsel kann man die Prostata genau so aus ihrer Kapsel ausbülsen, wie bei der vesikalen Methode, und zwar nicht nur den linken Lappen, sondern total. Eine Verletzung des Rectum ist ganz unmöglich, da man innerhalb der Kapsel bei Lösung der Prostata an der Rückseite sich befindet. P. Wagner (Leipzig).

300. **Die Behandlung des Kryptorchismus;** von Dr. N. W. Kopyloff. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 4. 1908.)

Die *Orchidopexie* ist in folgenden Fällen angezeigt: 1) Bei Kryptorchismus, besonders da, wo Schmerzen vorhanden sind; 2) bei Kryptorchismus und Hernien; 3) bei Kryptorchismus und Hydrocele des Hodens und des Samenstranges. In den Fällen, in denen der Hode tief in der Bauchhöhle liegt, ist es rathsamer, sich mit einer Naht, die an den Leistenring angelegt wird, zu begnügen. Ein befriedigendes Resultat ergiebt die Fixation des Hodens mit einer abnehmbaren Naht an die Rhaphe des Scrotum, wobei der Samenstrang an den Leistenring und oberen Scrotalabschnitt angenäht wird. Die *Castration* soll nur in Ausnahmefällen gemacht werden: wenn Anzeichen einer bösartigen Degeneration im Hoden vorhanden sind, oder wenn der Leistenhode in das Scrotum nicht reponirt werden kann. 14 Krankengeschichten sind beigegeben.

P. Wagner (Leipzig).

301. **Studium der angeborenen Urethralstrikturen mit Bezug auf die Harnkrankheit von Jean Jacques Rousseau;** von Dr. Heresen in Bukarest. (Spitalul Nr. 12. p. 255. 1908.)

H. hat mehrfach Gelegenheit gehabt, angeborene Strikturen der Harnröhre zu operiren und gelangt auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ansicht, dass die Krankheit Rousseau's eine angeborene Striktur der Harnröhre in der Pars prostatica, nahe am Blasenhalse war und nicht der Pars bulbo-membranacea, wie von manchen Autoren angenommen werden ist. Möglicher Weise war es sogar eine strikturirende Klappe am Blasenhalse, da auch eine solche direkt von H. beobachtet worden ist. Die Symptome der quälenden Krankheit sind hauptsächlich: Dysurie, Harndrang mit zeitweiliger Incontinenz und die Unmöglichkeit, selbst mit sehr feinen Bougies in die Harnblase zu gelangen. Die Behandlung besteht in externer Urethrotomie, wobei die strikturirenden Klappen ausgeschnitten werden. Einlegen einer Verweilsonde und nach stattgefundener Heilung langsam fortschreitender Dilatation mittels Bougies. E. Toff (Braila).

302. **Ueber Fettembolie nach orthopädischen Operationen;** von v. Aberle in Wien. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. XIX. 1 u. 2. 1908.)

v. A. berichtet über 8 Fälle, von denen 4 tödtlich verliefen.

Wir können den Eintritt der Fettembolie niemals sicher verhindern. Darum ist die grösste Vorsicht hinsichtlich der Entwickelung paralytischer Contrakturen angezeigt, weil deren Redressement besonders gefährlich erscheint. Sind Contrakturen vorhanden, so operire man sie frühzeitig, ehe sich Fettmark gebildet hat und der Knochen atrophisch geworden ist. Infraktionen sind nach Möglichkeit zu vermeiden, multiple Contrakturen nie in *einer* Sitzung zu beseitigen.

Starke Contrakturen sind der Osteotomie zu unterwerfen. Vulpius (Heidelberg).

303. **Muscle and tendon transference;** by Bradford, Boston. (Boston med. a. surg. Journ. CLVII. p. 655. Nov. 14. 1907.)

Bericht über 35 eigene Sehnenüberpflanzungen an Unterschenkel, Oberschenkel und Schulter mit und ohne Einschaltung von Seidensehnen.

Br. ist ein überzeugter Anhänger dieser Operation, von deren Dauerresultaten er sich überzeugt hat. Er bevorzugt die periostale Fixation der überpflanzten Sehne. Vulpius (Heidelberg).

304. **Zwergwuchs in Folge prämaturer Synostose;** von Dr. N. Guloke. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIII. 3. 1907.)

G. berichtet aus der v. Bergmann'schen Klinik über 3 Fälle von prämaturer Synostosenbildung, die eine mehr oder minder schwere Wachsthumstörung zur Folge hatte. Alle 3 Pat. waren bis zu ihrem 13., bez. 9. Jahre normal, ja selbst stark gewachsen; alle 3 hatten aber an schwerer Rhachitis gelitten, durch die die Epiphysenknorpel jedenfalls dauernd schwer geschädigt wurden.

P. Wagner (Leipzig).

305. **Ueber Pseudarthrosen-Behandlung nach Schussverletzungen;** von Dr. Hashimoto und Dr. So. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 2. 1908.)

Mittheilung von 7 Pseudarthrosenoperationen nach Schussverletzungen. 5 Kranke wurden nach v. Mangoldt operirt, indem man einen Periostknochenlappen der vorderen Fläche der Tibia auf den Knochendefekt des Humerus oder der Tibia der anderen Seite übertrug. In 2 Fällen wurde nach Hahn die unverletzte, bez. geheilte Fibula in den grossen Defekt der Tibia überpflanzt. In 1 Falle war der Erfolg gut; in 6 Fällen weniger gut.

H. u. S. glauben, dass die Uebertragung der freien Periostknochenlappen nach v. Mangoldt für die meisten Pseudarthrosen und besonders für die durch Schusswunden verursachten die entsprechende Operation sein wird. Diese Methode kann

Digitized by Google

man auch in solchen Fällen anwenden, in denen die Knochen atrophisch und periostärmer sind. Vom implantirten Lappen aus wird neues Knochengewebe wuchern und sich mit dem vorhandenen Knochen vereinigen. Dabei muss man darauf achten, dass die Periostfläche des überpflanzten Lappens mit der der Fragmente gut adaptirt ist.

P. Wagner (Leipzig).

306. **Beiträge zur operativen Behandlung der Knochenbrüche und ihrer Folgen;** von Dr. S. Peltesohn. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3 u. 4. 1908.)

Eingehende Bearbeitung des Materiales der Körte'schen Abtheilung, deren Einzelheiten im Originale nachzulesen sind. Aus dem Berichte ergiebt sich: „1) Dass die Heilung in deformer Stellung und die Pseudarthrosenbildung zu den seltensten Ausnahmen gehörten; 2) dass von den subcutanen Brüchen nur eine einzige Kategorie, nämlich die supracondylären Humerusbrüche, in einer verhältnissmässig grossen Zahl von Fällen der üblichen Behandlung Schwierigkeiten bereiteten; 3) dass Pseudarthrosen und verlangsamte Consolidation relativ häufig bei Kranken eintraten, die durch allgemein somatische Schädigungen für diese Störungen disponirt waren; 4) dass in fast allen den durch lokale Ursache in Deformation oder Pseudarthrose ausgegangenen Fällen subcutaner Brüche der Grund hierfür in ganz besonderen complicirenden, die Reposition oder Retention der Fragmente theils erschwerenden, theils unmöglich machenden Momenten zu finden war. Als solche sind vornehmlich anzusehen: Muskelinterposition, Spiral- und Schrägbrüche mit Verhakungen, Fragmentaussprengung, Bruch des Parallelknochens am Unterarm, Gelenkbrüche; 5) dass bei complicirten Brüchen über der Sorge um Vermeidung einer Allgemeininfektion die Fragmentverschiebung, Bedeckung der Bruchflächen mit Bindegewebe und dadurch Consolidationsverlangsamung häufig unvermeidlich sind."

P. Wagner (Leipzig).

307. **Erzielung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Nachbehandlung nach H. Hirsch im japanisch-russischen Kriege 1904–1905;** von Dr. Hashimoto und Dr. M. Saito. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. 1908.)

Die Amputation ist eine der wichtigsten Operationen im Kriege. v. Bergmann sagt, dass wir uns im gegebenen Falle schnell entscheiden müssen, ob wir gleich amputiren sollen, und spricht sich dahin aus, dass alle Schussverletzungen der Glieder mit grossen Ausschussöffnungen die Amputation so zeitig wie möglich verlangen. H. ist der Ansicht, dass auf dem Schlachtfelde jede Hülfe schnell zu geschehen hat, damit Anhäufung der Verwundeten vermieden wird. Das Bestreben muss daher sein, jeden Verwundeten alsbald fertig zum Transporte zu machen, die Wundverhältnisse dabei für ihn so günstig wie möglich zu gestalten, so dass einer Infektion oder Nachblutung auf dem Transporte vorgebeugt wird. H. u. S. empfehlen daher die schnelle und einfache Amputation auf dem Schlachtfelde, diejenige mit Zirkelschnitt. Entsprechend ist in diesem Kriege auf den ersten Verbandplätzen zumeist mit einfachem Zirkelschnitte amputirt oder auch im Gelenke exartikulirt worden. Die hierbei entstehenden Stümpfe aber sind an sich nicht tragfähig, Operationen zur primären Herstellung tragfähiger Stümpfe für das Schlachtfeld sind zu umständlich oder auch gefährlich. Nicht tragfähige Stümpfe nachträglich zu tragfähigen zu machen, dazu ist die Nachbehandlung im Sinne von H. Hirsch geeignet: Massage, Tret-, Steh- und Gehübungen. Vergleiche ergeben, dass Stümpfe nach Bier operirt in 3 Monaten leistungsfähig sind; solche mit einfachem Zirkelschnitte, bei denen die Narbe direkt unter dem Knochenende liegt, durch geeignete Nachbehandlung in 5 bis 6 Monaten. Demgemäss empfehlen H. u. S. da, wo es auf schnelle Ausführung der Operation ankommt (auf dem Schlachtfelde), die Amputation mit einfachem Zirkelschnitte und Nachbehandlung nach H. Hirsch, die ihnen in 38 Fällen gute Resultate ergab. Wo dagegen die Zeit nicht drängt und für ungestörten Verlauf der Wundheilung Gewähr geleistet werden kann, ziehen auch H. u. S. das Verfahren vor, das von vornherein den Stumpf tragfähig gestaltet.

P. Wagner (Leipzig).

308. **Zur Frage der blutigen Reposition bei Luxatio genu congenita;** von Dr. H. v. Salis. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. 1908.)

In der Hübscher'schen Privatklinik wurde ein $^3/_4$jähr. Mädchen beobachtet mit totaler angeborener Kniegelenksluxation nach vorn, mit Mangel der Patella und gleichzeitig bestehendem starkem Klumpfusse. Da die unblutige Reposition misslang, wurde blutig vorgegangen: plastische Verlängerung der Quadricepssehne nach Buyer und Bildung einer Kniescheibe aus der Tuberositas tibiae. Guter Erfolg.

P. Wagner (Leipzig).

309. **Ueber die Pseudofrakturen der Sesambeine des ersten Metatarsophalangealgelenkes;** von Dr. L. Igelstein. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 6. 1908.)

Die Erkrankung der periartikulären, constant vorkommenden Sesambeine des 1. Metatarsophalangealgelenkes ist eine sehr seltene Erscheinung; bis jetzt finden sich in der Literatur nur 5 Fälle, in denen es sich um eine Fraktur des Sesambeines gehandelt haben soll. I. glaubt nun annehmen zu müssen, dass in allen diesen Fällen eine congenitale einseitige Theilung des medialen Sesambeines vorlag, die zu Neuralgien führte. Das Ziel der therapeutischen Maassnahmen muss darauf gerichtet sein, die Entstehungsursache der neuralgischen Schmerzen, d. h. die Verschiebung und Beweglichkeit der durch das Trauma locker gewordenen, getheilten Sesambeinpartien zu beseitigen: Schuheinlagen mit Aushöhlungen; leichte Massage mit thermaler Behandlung.

P. Wagner (Leipzig).

310. **Die Gleich'sche Operation und ihre Bedeutung in der Therapie des Plattfusses;** von Dr. O. v. Frisch. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. 1908.)

Nach den Erfahrungen der v. Eiselsberg'schen Klinik ist die Gleich'sche Operation, d. h. die Vorlagerung des Fersenbeinhöckers nach unten, vorn und innen für jene bösen Plattfüsse, die allen unblutigen Behandlungsmethoden trotzen, ein geeignetes Verfahren und insbesondere den Sehnenplastiken vorzuziehen. Mit der Verschiebung des Fersenbeinhöckers wird der auf dem Fussgewölbe lastende Druck in seinen Componenten derartig modificirt, dass die vordere Hauptstrebe des Gewölbes entlastet, der Seitenschub verringert wird. Es dauert in jedem Falle einige Monate, ehe die Operirten eine gehende oder stehende Beschäftigung wieder aufnehmen können. Das Tragen von Einlagen oder Schienen nach der Operation ist nicht nöthig. Die Besserung nimmt spontan zu. Bei den geheilten Kranken ist nach Ablauf mehrerer Jahre häufig eine vollkommene Rückbildung der Difformität festzustellen. P. Wagner (Leipzig).

311. **Zur Chirurgie des retrobulbären Raumes der Orbita;** von Dr. Doberauer. (Zeitschr. f. Heilkde. XXVIII. 6. 1907.)

D. berichtet über eine schwere Schussverletzung durch eine 7 mm Revolverkugel; Einschussöffnung in der rechten Schläfengegend, ungefähr 3 Querfinger hinter dem äusseren Orbitalrande; der Schusskanal verlief unter Vermeidung der Schädelhöhle durch die rechte Augenhöhle bis zum hinteren Ende der linken. Die Kugel sass ganz nahe am Foramen opticum an der nasalen Orbitalwand. Das rechte Auge war durch Sehnervenzerreissung erblindet, das linke anfangs unversehrt. Um der beginnenden Infektion der Gehirnhäute entgegen zu treten, führte Czermak eine erfolgreiche Blosslegung des Schusskanals mittels der Krönlein'schen Orbitalresektion rechts aus. Einige Tage später traten Sehstörungen links auf; es fand sich beginnende Stauungspapille, als deren Ursache Druck des Geschosses auf den Sehnerven angenommen wurde. Zur Entfernung der Kugel verfuhr D. mit Czermak's Assistenz folgendermaassen: Er klappte die ganze Nase nach der linken Seite um, damit er von rechts her freieren Spielraum gewann; die mittlere Muschel und einige linksseitige Siebbeinzellen, sowie die Lamina papyracea des Siebbeins wurden entfernt. Nach vorsichtigen Vorversuchen gelang es, das Geschoss mit der Kornzange herauszuziehen. Bei glattem Heilverlaufe kam es zu völliger Wiederherstellung des Sehvermögens links ohne Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit. D. giebt diesem bisher noch nicht veröffentlichten Verfahren den Vorzug vor der Ginssenhauer'schen Operation, weil es eine breitere Zugangsöffnung schafft und weniger entstellende Narben hinterlässt.

Bergemann (Husum).

312. **Beiträge zur Frage über die Wirkung von Toxinen auf die Conjunctiva des Auges;** von Dr. Tschirkowsky. (Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 1. p. 77. 1908.)

T. verwandte zu seinen Untersuchungen in der Axenfeld'schen Klinik Diphtherie-, Gonokokken-, Pneumotoxin, Staphylokokken, Xerosebacillen und Bakterium coli commune. Die Stoffe wurden Kaninchen in den Bindehautsack eingeträufelt, mehrere Stunden hindurch alle 3—4 Minuten. „Von den untersuchten reizenden Substanzen der verschiedenen Mikroben ruft das Diphtherietoxin unzweifelhaft specifische Conjunctivitis hervor," mit bestimmter Incubationzeit. Die Wirkung bleibt aus, wenn das Toxin bis zu 100° erhitzt ist und bei immunisirten Kaninchen. Die übrigen Stoffe erzeugen keine so scharf umschriebene Bindehautentzündung. Die einzelnen Formen sind klinisch kaum von einander zu unterscheiden. Eine bestimmte Incubationzeit für die einzelne Art ist nicht zu beobachten; auch Erhitzung auf 100° macht die Stoffe nicht in dem Maasse unwirksam wie das Diphtherietoxin. Bergemann (Husum).

313. **Untersuchungen über den Einfluss von Toxinen auf die thierische Conjunctiva bei Einbringung auf endogenem Wege;** von Dr. Tschirkowsky. (Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 1. p. 155. 1908).

T.'s Untersuchungen geschahen an Katzen und Kaninchen, denen intravenöse oder intraperitoneale Einspritzungen gemacht wurden. T. verwendete die Toxine von Bacterium dysenteriae Kruse und Bacterium coli dysenteriae Colli; aus den Culturen des letzteren stellte er zwei Giftstoffe her: das Toxiprotein und das Bacterioprotein. Es gelang in einigen, nicht in allen Fällen, Conjunctivitis hervorzurufen, „diejenigen Fälle, wo sich eine Conjunctivitis ausbildete, bei mit Toxin injicirten Thieren, und wo im Conjunctivalsekret eine Vermehrung der gewöhnlich in der Kaninchenconjunctiva vorhandenen oder anderer (Bact. coli!) Mikroben festgestellt wurde, sind nicht mit Bestimmtheit als toxische Conjunctivitis im eigentlichen Sinne des Wortes aufzufassen — wenigstens ist das nicht bewiesen, sondern bei ihnen kann es sich um eine *ektogene Infektion auf dem Boden einer geschwächten Geweberesistenz gehandelt haben.*"

Bergemann (Husum).

314. **Ein neuer Fall von Parinaud'scher Conjunctivitis;** von Dr. F. Schöler. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 8. 1908.)

Das 1½jähr. Mädchen zeigte alle Besonderheiten der Parinaud'schen Bindehauterkrankung: Es war nur ein Auge befallen; die stark miterkrankten Drüsen derselben Seite vereiterten nicht; „die Bindehautveränderungen bestanden in Granulationen, gelblichen Körnchen, Epithelerosionen und Induration der Lider, wobei das untere Lid mehr betroffen war als das obere, das nicht reichliche Sekret war serös, mit Beimengung von Flocken", die Hornhaut blieb gesund, der Allgemeinzustand war gestört durch Fieber und Unwohlsein. Eine Ansteckung durch Thiere war nicht festzustellen.

Bergemann (Husum).

315. **Plasmacellulare Bildungen (Plasmome) der Bindehaut und der Hornhaut;** von Dr. C. Pascheff. (Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 1. p. 114. 1908.)

P. untersuchte mikroskopisch 2 Geschwülste der Bindehaut und 1 Geschwulst der Hornhaut, die aus Plasmazellen gebildet waren. „Obgleich diese Plasmome eine grosse *klinische* Aehnlichkeit aufweisen mit den hyalinen (amyloiden) Geschwülsten der Conjunctiva, unterscheiden sie sich durch die ausserordentliche Entwickelung ihrer Plasmazellen und durch ihr nicht oder wenig degenerirtes Bindegewebe." Die Abkunft der Plasmazellen ist noch zweifelhaft. P. hält sie für autochthone Gebilde, die aus den Gefässwandungen entstehen, nicht für hämatogene Lymphocyten oder „Polyblasten", die nach ihrem Austreten aus den Gefässen sich im Gewebe weiter entwickeln. Die Plasmazellen bilden keine weiteren Zellenformen, sie gehen zu Grunde oder entarten hyalin.

Bergemann (Husum).

316. **Ueber die pathologische Anatomie und die Pathologie des Keratoconus;** von Prof. Maximilian Salzmann in Wien. (Arch. f. Ophthalmol. LXVII. 1. 1908.)

S. kommt auf Grund mikroskopischer Untersuchungen eines Bulbus mit Keratoconus zu der Ansicht, dass der Keratoconus eine Entwickelungstörung darstelle, die viele ähnliche Züge mit dem Staphyloma posticum aufweise. Beide — Keratoconus wie Staphylema posticum — sind zur Zeit der Geburt nicht verhanden, sondern entwickeln sich erst im Kindes- oder Pubertätsalter. Bei beiden sind wir gezwungen eine angeborene Anlage anzunehmen, wenn wir allen Thatsachen gerecht werden wollen. Beide tragen den Charakter einer Ektasie und zeigen einen ähnlichen Verlauf. Beide lokalisiren sich an einem Pol des Auges und führen zu ähnlichen Funktionstörungen. Beide entwickeln sich ohne vorausgegangene Erkraukung (Entzündung oder Drucksteigerung) in Augen, die früher normale Gestalt und Funktion besassen.

F. Schoeler (Berlin).

317. **Ein Beitrag zur Entwickelung der vorderen Polarkatarakt;** von Dr. Tertsch. (Arch. f. Ophthalmol. LXVI. 3. 1907.)

T. berichtet über 11 Kranke mit Polarkatarakt aus der Fuchs'schen Klinik; 4 Augen kamen auch zur anatomischen Untersuchung. Zu Thierversuchen dienten Kaninchen, deren Augen mit virulenten Keimen geimpft wurden. T. fasst seine Untersuchungsergebnisse wie folgt zusammen: „1) Nach einer Hornhautperforation kann sich bei jugendlichen Personen rasch eine Polarkatarakt entwickeln, wobei vielleicht eine mechanische Trennung der Linsenfasern von einander und eine Abhebung des Epithels von der Kapsel begünstigende Momente sind. 2) Es wird durch eine Reihe von Fällen neuerdings bestätigt, dass auch durch eine periphere Hornhautperforation eine Polarkatarakt entstehen kann. 3) Die Art der Entstehung und die ersten Phasen der Entwickelung eines Polstaares hängen mit der Schwere der Infektion des Auges, bez. der Ernährungstörung der Linse zusammen. Wir finden, dass in jenen Fällen, in welchen durch eine schwere Infektion eine eitrige Iridocyklitis entsteht, meist nach einer oft ausgedehnten Degeneration des Epithels eine lebhafte Regeneration folgt, aus der ein Polstaar entstehen kann; während in Fällen, in denen ohne Mitbetheiligung der Uvea nur ein schwächerer Reiz auf das Linsenepithel wirkt, dieses ohne vorhergehenden Zerfall zu wuchern beginnt. 4) Einschlüsse von zerfallenen Cortikalfasern innerhalb der Epithelwucherung findet man, wenn ein reichlicher Zerfall sowohl des Epithels als auch der Rindenschicht vorangegangen ist, indem das nach verhergehender Degeneration zu stärkerer Regeneration angeregte Epithel die in grösserer Ausdehnung zerfallene Cortikalis durchwuchert und zwischen sich einschliesst. 5) In einem Fall von nicht perforirtem Ulcus bei Blennerrhoea neonatorum konnte man bei normalem Epithel nur Cortikalkatarakt finden . . ."

Bergemann (Husum).

318. **1) u. 2) Der Einfluss des Jodkalium auf die Cataracta incipiens;** von Dr. v. Pflugk. (Arch. f. Ophthalmol. LXVII. 2. 3. 1908.)

3) Die Jodkalibehandlung der Cataracta incipiens; von Demselben. (Med. Klinik IV. 7. 1908.)

Das Ergebniss seiner Untersuchungeu, die in 1) u. 2) ausführlich erörtert sind, fasst v. Pf. in 3) zusammen: die Untersuchungen „beweisen, dass das Jodkalium im Stande ist, auf die Epithelien der Linsenkapsel bei Naphthalinkaninchen einen schützenden Einfluss auszuüben. Es ist mir gelungen, nachzuweisen, dass das mit Hülfe einer 10proc. Emulsien den Kaninchen durch die Magensonde beigebrachte Naphthalin in erster Linie die über der vorderen Linsennaht liegenden Epithelzellen zerstört; da aber die Reaktion mit Palladiumchlorür zeigte, dass an eben derselben Stelle an der vorderen Linsennaht das Jodkalium in die Linse in hervorragendem Grade eintritt und dass bei gleichzeitiger Naphthalin- und Jodkaliwirkung die dort gelegenen Epithelzellen gegen die schädigende Wirkung der Naphthalinderivate geschützt werden, so halte ich mich für berechtigt, dem in die Linse eintretenden Jodkalium die Schutzwirkung zuzuschreiben. In zweiter Linie ist es mir gelungen, durch das Thierexperiment nachzuweisen, dass das unter die Bindehaut gespritzte Jodkalium die Proliferation der Kapselepithelien während der Entwickelung der Linsentrübungen verhindert". v. Pf. beginnt die Behandlung mit $2^1/_2$proc. Einträufelungen oder Augenbädern. Schreiten dabei die Linsentrübungen fort, so macht er wöchentlich 2—3 Einspritzungen unter die Bindehaut mit folgender Mischung: Kal. jodat. 0.1, Natr. chlor. 0.2, Aqu. dest. 10.0. Er hat damit 86% Besserungen und 14% Stillstand der Staarbildung erreicht. Das Verfahren ist wirkunglos bei Trübungen des Linsenkerns und ohne erheblichen Einfluss auf Kapselstaar.

Bergemann (Husum).

Digitized by Google

319. **Pseudoplakia fibrosa**, *eine faserige Scheinlinse, hervorgegangen aus der Tunica vasculosa lentis;* von weiland Prof. Czermak. Mitgetheilt und ergänzt von Dr. Ulbrich. (Arch. f. Augenhkde. LVII. 2. 1907.)

Czermak's ausführliche Beschreibung und Deutung der sehr seltenen Beobachtung ergänzt Ulbrich, indem er die noch von Cz. angegebenen wenigen verwandten Fälle aus der Literatur zum Vergleiche heranzieht. Er fasst das Wesentliche wie folgt zusammen: „Durch eine Wucherung der Tunica vasculosa lentis ist es zur Resorption der Linse gekommen. An ihrer Stelle findet sich ein linsenartiges fibröses Gebilde, das mit Iris, Ciliarkörper und Netzhaut in Verbindung steht, aber nur von der Iris und vom Glaskörper her Gefässe erhält. Ein ähnliches, aber von der Arteria hyaloidea ernährtes Gebilde hat v. Grelmann beschrieben (Arch. f. Ophthalmol. XXXV. 3). Auch für zwei andere Fälle von Mikrophthalmus mit Bindegewebe und Fett hinter der bis auf Kapselreste resorbirten Linse (Lauge, Arch. f. Ophthalmol. XLIV. p. 66 und Wiegels, Arch. f. Ophthalmol. L. p. 368. Ref.) ist eine Betheiligung der Tunica vasculosa lentis an der Missbildung wahrscheinlich."

Bergemann (Husum).

320. **Ueber Gelbsehen bei Ikterus;** von V. O. Sivén in Helsingfors. (Skandin. Arch. f. Physiol. XIX. 6. p. 356. 1907.)

Bisher standen einander über das Gelbsehen bei Ikterus die Erklärungen Rose's und Hirschberg's gegenüber. Rose nahm auf Grund seiner Untersuchungen an, dass beim Gelbsehen der Ikterischen, ebenso wie bei Santoninvergiftung die Farbenstörung nervösen Ursprungs sei und nicht auf einer Gelbfärbung der Augenmedien beruhen könne. Hirschberg nimmt im Gegentheil an, dass die Erscheinung auf einer Absorption der blauen und violetten Strahlen in den gallengefärbten Augenmedien beruhe. Derartige Augen sind überaus selten untersucht worden. Sivén hatte früher zusammen mit v. Wendt gefunden, dass bei dem Santoninrausche nur die Netzhautperipherie gelb sieht, während die Macula ihre normale Empfindlichkeit für Weiss behält. Daraus und aus einigen Nebenumständen hatten sie geschlossen, dass die Ursache der Farbenstörung bei der Santoninvergiftung in veränderten physiologischen Funktionen des Stäbchenapparates zu suchen sei. Bei dem Kranken mit ikterischem Gelbsehen, den S. untersuchen konnte, fand sich nun auch, dass die Macula normal weiss sah, während in den peripherischen Netzhauttheilen Gelbsehen bestand. Da nur ein Theil der Netzhaut gelb sah, muss eine nervöse Störung die Ursache abgegeben haben. Bei rein physikalischen Gründen, bedingt durch die Gelbfärbung der Medien, hätte auch die Macula gelb sehen müssen. Die gallensauren Salze bilden ja das einzige bekannte Mittel, womit der Sehpurpur aus den Stäbchen extrahirt werden kann, ein Zusammenhang zwischen dieser Wirkung der Salze und der Sehstörung bei Ikterus ist also nicht unmöglich. S. ist übrigens ein Gegner der v. Kries-Parinaud'schen Stäbchen- und Zapfentheorie, und will auch diese Beobachtung für das Farbensehen der Stäbchen verwerthen.

F. Scheeler (Berlin).

321. **Erkrankungen des Auges durch die ultravioletten Strahlen greller Lichtquellen und Schutz gegen dieselben durch ein neues, in dünnen Schichten farbloses Glasmaterial;** von Dr. Vogt. (Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 161. 1908.)

V. giebt ein anschauliches Bild der Kenntnisse von dem Wesen und der Wirkung der ultravioletten Strahlen. Die lehrreichen Einzelheiten lassen sich in Kürze nicht erschöpfend wiedergeben. Aus den Ausführungen geht u. A. hervor, dass die ultravioletten Strahlen der verschiedenen natürlichen und künstlichen Lichtquellen das gesunde Auge zu schädigen vermögen; „sie sind im Stande, Conjunctivitis, keratitische Processe, Iritis, Linsentrübungen, chorioretinitische Veränderungen hervorzurufen. Es folgt daraus, dass solche, vielleicht aus anderen Gründen *bereits entstandene Krankheitprocesse* in ihrem Verlauf sehr ungünstig durch Licht, das reich ist an ultravioletten Strahlen, beeinflusst werden können". Alle bisher versuchten Schutzgläser leisten nur unzulängliche Abwehr gegen diese Schädigungen. Am besten wirkt der von V. untersuchte Schwerflint 0.198, denn die daraus gefertigten Brillengläser sind nahezu farblos und sie absorbiren in der für Brillen- und Lampenglas gebräuchlichen Dicke die ultravioletten Strahlen gänzlich oder fast vollständig. „Wenn unser Glas auch das Blendungsgefühl herabsetzt, wie man sich durch Betrachten greller Lichtquellen durch dünnere Schichten derselben leicht überzeugen kann, so geschieht dies doch in noch höherem Maasse durch das auch die übrigen Strahlengattungen in hohem Grade abschwächende Rauchglas. Dagegen wird der hier beschriebene Schwerflint werthvolle Dienste leisten als Lampenglasmaterial überall da, wo es sich darum handelt, den anhaltenden schädlichen Einfluss greller Lichtquellen (elektrisches, Auer-, Acetylenlicht u. s. w.) auf das Auge abzuhalten, wie besonders in Fabriken, Schulen, Krankenhäusern. Er wird hier die schädlichen Lichtstrahlen vernichten, ohne der Helligkeit des Lichtes Abbruch zu thun. Ferner wird dieser Schwerflint Verwendung finden als Brillenglasmaterial besonders da, wo Cataracta incipiens senilis oder Disposition zu solcher, Aphakia, Conjunctivitis und Keratitis (besonders durch ultraviolette Strahlen entstandene), Chorioretinitis in Macula und die übrigen Augenaffektionen bestehen, die durch ultraviolette Strahlen hervorgerufen werden können. Besonders auch wird er als bequemes farbloses Schutzglas im Ge-

Digitized by Google

birge und gegen gewisse Berufskrankheiten, wie Glasbläser-, Schmiede- und Giesserstaar, sowie elektrische Ophthalmie Verwendung finden." [Vgl. hierzu auch das Referat in diesen Jahrbb. CCXXIX. p. 101.] Bergemann (Husum).

322. **Beitrag zu der Frage der Entstehung der Blendungserythropsie;** von Dr. Alfred Vogt. (Arch. f. Augenhkde. LX. 1. p. 91. 1908.)

Der von V. beschriebene Schwerflint absorbirt schon in einer Dicke von 1—2 mm nahezu sämmtliche ultravioletten Strahlen. Versuche mit diesem Glase überzeugten V., „dass den ultravioletten Strahlen bei der Entstehung der Erythropsie keine Bedeutung zukommt", wie die bisher wohl allgemein gültige Anschauung war.

[Der Schwerflint scheint übrigens nicht den Erwartungen zu entsprechen, die V. auf ihn als Brillenglas und Lampenschutzglas setzt. Jedenfalls schreibt die Optische Industrie-Anstalt *Nitsche und Günther* in Rathenow, an die mein Optiker von der Firma *Schott und Genossen* in Jena wegen des Bezugs der Schwerflintgläser verwiesen wurde. Folgendes: „In Folge der Bleihaltigkeit dieses Glases (Schwerflint) färbt sich die Oberfläche sehr bald bläulich, oxydirt quasi, und ist deshalb als Material für Brillengläser nicht zu empfehlen. Ausserdem ist das Glas sehr schwer und dementsprechend theuer. Aus diesem Materiale hergestellte Muschelgläser dürften pro Paar auf etwa 15 Mk. zu stehen kommen, ein weiterer Grund, von diesen Gläsern Abstand zu nehmen." Als bestes Schutzmittel gegen Ueberblendung empfehlen sie dagegen gelbgrünliches Fienzalglas, was sich im Preis etwa 5mal so billig stellt.] Bergemann (Husum).

323. **Die Topographie des Sehnerveneintrittes bei einfacher Sehnervenatrophie;** von Prof. Elschnig. (Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 1. p. 126. 1908.)

Auf Grund umfassender klinischer und anatomischer Untersuchungen kommt E. zu folgenden von den geläufigen Anschauungen nicht unerheblich abweichenden Schlüssen: Einfacher Sehnervenschwund führt nicht zu atrophischer Excavation, „weil an dem Schwunde der Nervenfasern das Stütz- und Bindegewebe nicht theilnimmt. Sehnerven, welche keine präexistirende physiologische Excavation getragen hatten, werden durch Sehnervenatrophie niemals in der Weise verändert, dass die Lamina cribrosa in grosser Ausdehnung freigelegt, die charakteristische Laminazeichnung also in grosser Ausdehnung sichtbar wird. Ist in einem atrophischen Sehnerven klinisch eine Aushöhlung bemerkbar, in deren Basis die Laminazeichnung deutlich sichtbar ist, so ist diese Aushöhlung eine präexistirende physiologische Excavation. Niemals entsteht ein, wenn auch leichtes Abbiegen der Gefässe von der Netzhaut zur Papille unmittelbar an deren Rande durch einfachen Sehnervenschwund, niemals eine randständige oder am Rande steilwandige Excavation ... Die einzige Art von Sehnervenatrophie, welche zur Bildung einer wandständigen und am Rande steilwandigen Excavation führt, ist die glaukomatöse Sehnervenatrophie". E.'s Ausführungen stützen sich auf 10 genau beschriebene Fälle, die bisher noch nicht veröffentlicht waren; ferner auf eine von Wagenmann im Arch. f. Ophthalmol. XL und zwei von L. Schreiber im Arch. f. Ophthalmol. LXIV mitgetheilte Beobachtungen, die E. wesentlich anders deutet als diese Autoren. Vgl. hierzu Schreiber's Erwiderung Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 2. p. 381; ebenso Schmidt-Rimpler's Abhandlung „Ueber Druckexcavation und Sehnervenatrophie". Arch. f. Augenhkde. LIX. 1, referirt in diesen Jahrbüchern.

Bergemann (Husum).

324. **Zur Casuistik der Lochbildungen in der Macula lutea** *(Retinitis atrophicans centralis, Kuhnt);* von Dr. Noll. (Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 254. 1908.)

N. berichtet über 3 klinische Beobachtungen aus der Würzburger Augenklinik. Die Ursache der umschriebenen Netzhauterkrankung war je einmal Arteriosklerose, Retinitis pigmentosa und Trauma. Der von anderer Seite vertretene Standpunkt, dass für die Lochbildungen in der Macula lediglich äussere Gewalteinwirkung auf das Auge verantwortlich zu machen sei, kann nach N.'s Ausführungen nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Bergemann (Husum).

325. **Ueber Netzhautablösung;** von Prof. Eugen v. Hippel. (Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 1. p. 38. 1908.)

v. H. sucht die von Greef in seinen „Studien zur Pathologie der Glaskörperfibrille" aufgestellten Einwände gegen die Glaskörperschrumpfungtheorie für die Entstehung der Netzhautablösung zu widerlegen. Nach seiner eingehend begründeten Deutung der von Leber, Nordensen und Gonin veröffentlichten Untersuchungen nimmt er Folgendes als feststehend an: „Eine fibrilläre Entartung des Glaskörpers in dem Sinne, wie Greef sie aufgestellt hat, ist von Leber, Nordensen und Gonin nicht behauptet worden. Eine Verdichtung oder fibrilläre Beschaffenheit im mikroskopischen Bilde kann entstehen, wenn die Elemente des Glaskörpergerüstes sich einander erheblich nähern. Dies ist möglich a) in Folge der Härtung (Kunstprodukt), b) in Folge von Compression (z. B. bei Aderhaut- und extraocularen Tumoren), c) bei vitaler Schrumpfung des Glaskörpers". „Verdichtung" und „fibrilläre Beschaffenheit" soll nur ausdrücken, dass die festen Theile des Glaskörpergewebes bei der Schrumpfung auf einen engeren Raum zusammengerückt sind. In einer kritischen Betrachtung der bisherigen anatomischen Untersuchungen über Netzhautablösung, zu denen er zwei neue eigene bringt, weist v. H. nach, dass bisher keine einzige Beobachtung die Annahme der Exsudationtheorie wahrscheinlich oder gar nothwendig mache. Eine spontane Netzhautablösung durch ein primäres Exsudat von Seiten der Aderhaut sei allerdings theoretisch nicht ausgeschlossen. „Es wird aber Sache der Vertreter der Exsudation-

Digitized by Google

theorie sein, anatomisches Material beizubringen, das wirklich für diese Ansicht spricht. Beweisende Befunde würden sicher anders aussehen, als die bisher vorliegenden Fälle, die durchaus im Sinne der Retraktiontheorie sprechen."

Bergemann (Husum).

326. **Ueber Dunkeladaptation bei Augenhintergrundserkrankungen;** von Dr. Hern. (Arch. f. Augenhkde. LIX. 4. p. 413. 1908.)

H. untersuchte nach einem besonders beschriebenen Verfahren 32 Kranke der Würzburger Augenklinik. Er stellte Folgendes fest: erhebliche Adaptationstörung bei angeborener Amblyopie, bei angeborener syphilitischer Aderhaut-Netzhauterkrankung, bei tabischer Atrophie, bei Glaukem; die Herabsetzung der Adaptatien kann als Frühzeichen des chronischen Glaukoms angesehen werden. „Myopie an sich bedingt auch bei höheren Graden keine Störung der Adaptation. Wenn eine solche vorhanden ist, so muss dieselbe auf besondere Ernährungsstörungen der Chorioidea zurückgeführt werden, die aus dem ephthalmoskopischen Bilde nicht ohne Weiteres zu entnehmen sind ... Reizsummirung ist bei Schielenden besonders deutlich darzustellen. Schwere Adaptationsstörungen betreffend Adaptationshöhe, Adaptationszeit und Curvencharakter fand sich bei Hemeralopie, bedingt durch chronischen Alkoholismus, Nephritis, Diabetes ohne ephthalmoskopische Veränderung, sowie in einem Falle von atypischer Retinitis pigmentosa." Die Adaptation ist ferner gestört bei frischer und alter Aderhautentzündung, ebenso bei Commotio retinae. Bei Netzhautablösung, die bis an die Macula und darüber hinausreichte, war die Adaptation noch regelrecht, ebenso bei einem Roth-Grünblinden. Dagegen ergab die Prüfung eines völlig Farbenblinden zwar einen raschen Anstieg der Curve, aber der Höhepunkt blieb um mehr als die Hälfte hinter gesunden Augen zurück.

Bergemann (Husum).

327. **Le nystagmus professionnel des houilleurs;** par le Dr. Rutten, Liège. (Presse méd. belge LIX. 52. 1907.)

R. hatte im Steinkohlenbezirke von Lüttich Gelegenheit, die Nystagmus-Erkrankung bei den Arbeitern der Kohlenbergwerke zu beobachten. Nach einer anschaulichen Schilderung der Erscheinungen, unter denen die davon befallenen Bergleute zu leiden haben, weist er darauf hin, wie leicht in Folge des ungenügenden Sehens der Erkrankten Unglücksfälle entstehen können. Schon 1878 fand Romiee bei einer Untersuchung 35% der Bergleute mit leichten Formen des Nystagmus behaftet. Bei den am schwersten und unter den ungünstigsten Bedingungen arbeitenden Hauern findet man nach 10jähriger Grubenarbeit bei 70% die schweren Nystagmusformen. Von allen unter Tag Arbeitenden rechnet man einen Nystagmuskranken auf 4 Arbeiter. Die Zahl der Erkrankten in Belgien muss daher eine ungeheuere sein. R. schlägt vor, dass sich eine Commission bilden soll, um diese Zahl festzustellen und dann auf Abhülfe zu sinnen, da die Erkrankung beunruhigende Ausdehnung gewonnen habe.

F. Schoeler (Berlin).

328. **Die neueren Anschauungen über Wesen und Behandlung des Schielens;** von Prof. A. Bielschowsky. (Beih. z. Med. Klinik III. 12. 1907.)

B. giebt in diesem kurzen Abrisse eine dankenswerthe klare Darstellung seiner Anschauungen über die Entstehung des Schielens und seiner Behandlung. In erster Linie zur Entstehung des Schielens wichtig ist die mangelhafte oder gestörte Entwickelung des binocularen Schaktes. Wo kein Fusionzwang besteht, entsteht Schielen. Unterstützende Momente für das Auftreten des Schielens sind mechanische Faktoren, die für sich allein, aber nur bei sehr groben Störungen, permanentes Schielen verursachen, dagegen häufig latentes. Die Association von Accommodation und Convergenz wirkt gleichfalls unter Umständen auf das Schielen hin. In vielen Fällen ist das Schielen als Innervationstörung aufzufassen. Starke Anisometropie mit Sehschwäche des einen Auges befördert das Auftreten des Schielens. Aus allen diesen Momenten lässt sich in den meisten, aber nicht allen Fällen die Entstehung des Schielens erklären. Die Schwachsichtigkeit ist in der Regel Folge des Nichtgebrauches und lässt sich verbessern durch Uebung.

In der Behandlung des Schielens schliesst sich B. durchaus Cl. Worth an. Vor allen Dingen muss auch in der ersten Jugend die Refraktion unter Atropin bestimmt und durch Gläser corrigirt werden. Bei Schwachsichtigkeit des Schielauges längeres Atropinisiren des fixirenden Auges, damit das Schielauge für die Nähe benutzt wird und so seine Sehschärfe erhält und erhöht. Schliesslich soll, wenn möglich, das binoculäre Sehen angeregt werden durch stereoskopische Uebungen. Als ultimum refugium bleibt dann die Operation, als welche sowohl die Rücklagerung, als die Verlagerung, wie auch beide Verfahren zugleich, je nach Lage des Falles — Uebermaass der Funktion des Schielmuskels oder zu geringe Kraft des Antagonisten — anzuwenden sind. Die Rücklagerung soll aber nach dem besonderen von Sattler geübten Verfahren gemacht werden, bei dem der Muskel mit einer Fadenschlinge lose an die Bindehaut geknüpft wird, um ein zu starkes Zurücksinken zu vermeiden. Auch sollen die Einscheidungen des Muskels nicht durchtrennt werden.

F. Scheeler (Berlin).

329. **Zur Casuistik des Strabismus concomitans divergens bei Hypermetropie und über den Einfluss der Atropinisation des führenden Auges auf den Schielgrad;** von Dr. Krusius. (Arch. f. Augenhkde. LX. 2 u. 3. p. 272. 1908.)

K. berichtet über zwei Beobachtungen aus der Marburger Augenklinik, bei denen die Auswärtsablenkung während der Atropinlähmung des führenden Auges schwand und sich durch Glasverbesserung oder Eserinisirung des führenden Auges be-

Digitized by Google

liebig wieder erzeugen liess. Das zweiäugige Einfachsehen und die Fusion waren aufgehoben. K. erklärt den Vorgang damit, dass das durch Atropin in seiner Accommodation nicht völlig gelähmte führende Auge, um besser zu sehen, starke Accommodationanstrengungen machte, die sich dem anderen (Schiel-) Auge mittheilten. Als Mitbewegung erfolgte dann eine Convergenzbewegung, die gerade so stark war, dass die seitliche Ablenkung sich ausglich. Bergemann (Husum).

330. **Ueber die kosmetische, funktionelle und prophylaktische Bedeutung der Durchschneidung sämmtlicher Recti des Augapfels;** von Prof. Wicherkiewicz. (Wien. med. Wchnschr. LVIII. 7. 1908.)

„Die Erwägung, dass die charakteristischen Einschnürungen eines phthisischen oder atrophischen Auges, die zu der Bezeichnung Waarenballonform geführt haben, durch Druck der geraden Augenmuskeln auf den krankhaft veränderten und daher wenig widerstandsfähigen Augapfel zu Stande kommen, und dass dieser Muskeldruck nicht nur zur Formveränderung führt, sondern auch wohl durch Nervenreizung am Zustandekommen der sympathischen Entzündung sich betheiligen könne", hat W. veranlasst, dieser schädlichen Einwirkung der äusseren Augenmuskeln durch ihre Rücklagerung entgegenzutreten. Er hat bisher 7 Augen operirt, die in Folge von traumatischer, metastatischer Iridocyklitis oder Uveitis erblindet waren und die erwähnte Gestaltveränderung darboten. Der Erfolg war stets befriedigend: die Einkerbungen glichen sich mehr oder weniger aus, die Schmerzen verringerten sich, der eingesunkene Augapfel trat hervor. Auffallend war die Wirkung der Muskelrücklagerung bei einer ausgebrocheuen Sympathie, die durch die Operation zum sofortigen Stillstande und späterer Besserung gebracht wurde. Ebenso konnte bei 2 Kranken festgestellt werden, „dass die geringe Spur von Lichtempfindung, welche atrophischen Augen noch innewohnte, sich sichtlich gehoben hatte". Bergemann (Husum).

331. **Éclatement spontané d'un oeil artificiel à double paroi;** par le Dr. Raymond Béal. (Ann. d'Oculist. CXXXVIfI. 6. p. 413. Déc. 1907.)

Die Trägerin eines doppelwandigen Glasauges schloss zur Abwehr gegen ein das Auge berührendes Blatt schnell und kräftig die Lider; einige Sekunden später platzte das Auge mit kurzem lauten Knall. Es war die Mitte der hinteren Prothesenwand zertrümmert. B. erklärt sich den Vorgang so, dass durch den schnellen Lidschluss die Prothese gegen den Augenstumpf gepresst wurde; dem verstärkten Drucke war die dünnere Rückwand der Reformprothese nicht gewachsen, so dass sie zersprang; begünstigend wirkte hierbei das Missverhältniss zwischen dem (negativen) Luftdruck in der Prothese und der atmosphärischen Luft.

Zur Vermeidung ähnlicher Vorkommnisse schlägt B. vor, entweder die Rückwand des Kunstauges stärker herzustellen oder darin eine Oeffnung anzubringen, die den gleichen Luftdruck in der Prothese vermittele wie in der Atmosphäre? [Hierzu schreibt mir der bekannte Augenkünstler *Müller* in Wiesbaden auf meine Anfrage u. A., dass die Widerstandfähigkeit der Reformaugen ganz erheblich grösser sei als die der früheren Schalenaugen. „Kommt ein Zerspringen vor, so ist dies auf eine Ungleichheit in der Glasmasse zurückzuführen, oder auch darauf, dass die Rückwand gar zu dünn gearbeitet war." Für eine Abänderung der genügend geschützten Reformprothesen, deren Herstellung in Frankreich angeblich noch nicht geschieht, liegt demnach wohl kein zwingender Grund vor. *Ref.*] Bergemann (Husum).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

332. **Ueber die Arten und die Verbreitung der lebensfähigen Mikroorganismen in der Atmosphäre;** von Dr. Flemming. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LVIII. 3. p. 345. 1908.)

Fl. hatte Gelegenheit, die Mikroorganismen der Atmosphäre auf Ballonfahrten zunächst in Europa zu studiren, dann seine Studien gelegentlich einer Urlaubsreise nach Brasilien für die Luft über dem Meere zu ergänzen. Er bediente sich im Wesentlichen der Ficker'schen Luftfiltrationmethode, cultivirte auf Gelatineplatten und schützte sich vor Irrthümern regelmässig durch Controlplatten. Einzelheiten über Methode und Ergebnisse müssen im Originale nachgelesen werden.

Die wesentlichsten Resultate Fl.'s sind folgende:

„Die Atmosphäre enthält bis zu Höhen von über 4000 m lebensfähige Keime, und zwar beträgt ihre Anzahl über 500 m im Liter Luft 0.37, unter 500 m 12.9 Keime; 4mal wurden Keime nicht gefunden. Der Gehalt an lebensfähigen Keimen in höheren Luftschichten ist vor Allem von der Sonnenbestrahlung abhängig ... Der Gehalt an lebensfähigen Keimen ist auffallend gross an der unteren Wolkengrenze ... (er) wird in Höhen bis zu 500 m bei bedecktem Himmel in der Windrichtung auch auf grosse Entfernungen hinaus von dem reichlichen Keimgehalt der Grossstädte beeinflusst ... Im Verhältniss zu der Luft der höheren Regionen über der Erde ist die Seeluft im Allgemeinen keimarm. In einer Entfernung bis zu 100 Seemeilen vom nächsten in der Windrichtung gelegenen Lande betrug die Keimzahl im Liter Luft 0.25, darüber hinaus 0.036. Die Seeluft enthält jedoch stellenweise bis auf Entfernungen von 400 Seemeilen vom Festlande lebensfähige Keime. Mit der Entfernung vom Festlande ... findet verhältnissmässig eine Zunahme der Spross- und Schimmelpilze und eine Abnahme der Spaltpilze statt." Löhlein (Leipzig).

333. **Beiträge zur Hygiene des Wassers;** von Prof. Kruse. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 1. 1908.)

Nach Kr. beweist der Befund von Colibacillen, auch wenn sie virulent sind, im Wasser nichts gegen

dessen Güte. Die quantitative Coliprobe hat einen gewissen Werth, da sich Colibacillen im Allgemeinen in desto kleineren Wassermengen finden, je mehr das Wasser verunreinigt ist, aber auch diese Ergebnisse sind so wenig beständig, dass die gewöhnliche Keimzählung mehr Vertrauen verdient. Die Ejkman'sche Modifikation der Coliprobe leistet kaum mehr.

Bei Grundwasserwerken, deren Brunnen in der Nähe von Flüssen liegen, steigt bei Hochwasser die Keimzahl an, theils weil mehr Flusswasserbakterien als sonst in die Brunnen treten, hauptsächlich aber durch Beimischung von Bodenbakterien, die durch den Hochwasserstrom aufgerührt werden. Hygieinische Schäden sind hierdurch nach Erfahrungen im Ruhrbezirke nicht entstanden, trotzdem wird man die Wasserwerke nach Möglichkeit gegen die Beeinflussung durch Hochwässer sichern müssen, da unter Umständen doch schädliche Folgen eintreten können.

Nach der herrschenden Ansicht bildet sich die Schutzwirkung eines Sandfilters erst mit der Zeit aus, Kr. fand dagegen, dass auch frischer Sand bei richtiger Versuchsanordnung nur wenig Wasserkeime durchlässt, die Filterhaut und die Verschleimung der Sandkörner in den unteren Schichten behält trotzdem, besonders für locker gebaute Filter, ihre Bedeutung. Sehr schlecht filtrirte der Ruhrkies, der viele grobe Bestandtheile enthält, nach Erfahrungen an den Ruhrwasserwerken erlangt er aber doch in dicken Schichten eine bessere Leistungsfähigkeit.

Weitere Beiträge behandeln einen einfachen Apparat zur Entnahme von Wasserproben, Beobachtungen bei Keimprüfung von Grundwässern, eine Verunreinigung von Grundwasser durch eine Schwefelsäurefabrik, die künstliche Vermehrung von Grundwasser und die Selbstreinigung des Wassers in Flüssen und Thalsperren.

Woltemas (Solingen).

334. **Ueber das Verhalten der Bakterien an der Oberfläche fliessender Gewässer;** von M. Rothermundt. (Arch. f. Hyg. LXV. 2. p. 149. 1908.)

An der Oberfläche der Ill fanden sich immer weit mehr Bakterien als in den tieferen Wasserschichten, wahrscheinlich werden sie durch das Bedürfniss nach Sauerstoff an die Oberfläche getrieben. Die Bakterienzahl an der Oberfläche ist von der Lichtstärke abhängig, sie ist Mittags am niedrigsten und Nachts bis Sonnenaufgang am höchsten. Das Licht wirkt wahrscheinlich nicht sowohl baktericid, als durch einen negativen Heliotropismus der Bakterien.

Woltemas (Solingen).

335. **Ueber „natürliche Filtration" des Bodens;** von W. Prausnitz. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 161. 1908.)

Bei einem Hochwasser der Mur stieg im Wasser des Grazer Wasserwerks, dessen Brunnen in der Nähe der Mur liegen und ein Gemisch von Grundwasser und seitlich filtrirtem Murwasser liefern, die Keimzahl erheblich, gleichzeitig traten in Graz ungewöhnlich viele Magendarmkrankheiten auf. Pr. hält es für wahrscheinlich, dass diese theils mit dem grösseren Bakteriengehalte des Wassers, theils damit zusammenhingen, dass dieses durch den Einfluss der Schneeschmelze kälter und weicher war als sonst.

Woltemas (Solingen).

336. **Ueber Anwendung chemischer Fällungsmittel bei der Sandfiltration, mit besonderer Berücksichtigung der amerikanischen Schnellfilter;** von H. Bitter und E. Gotschlich. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 379. 1908.)

Das Nilwasser, aus dem Alexandrien sein Trinkwasser bezieht, ist wegen seines Gehaltes an feinsten Thontheilchen, die keine Neigung zum Sedimentiren haben, für die gebräuchliche Art der Sandfiltration nicht geeignet. Durch Vorbehandlung mit Permanganat wurde eine künstliche Deckenbildung erzielt, und selbst bei Ueberschreitung der bei der gewöhnlichen Sandfiltration zulässigen Filtrationsgeschwindigkeit waren die Ergebnisse gut. Noch besser bewährte sich die amerikanische Schnellfiltration: Vorklärung des Wassers mit Alaun und Filtration durch Jewell-Filter, mit Geschwindigkeiten bis zu 5000 mm pro Stunde. B. u. G. schildern die Einzelheiten des Verfahrens, das sich in Alexandrien seit über 2 Jahren gut bewährt hat, und vertheidigen es gegen die von Hilgermann erhobenen Einwendungen.

Woltemas (Solingen).

337. **Contribution à la théorie sur le fonctionnement des filtres biologiques artificielles;** par G. K. Dzerszgowski. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersbourg XIII. 2. p. 95. 1907.)

Der Reinigungsprocess in den biologischen Kläranlagen besteht in Zersetzung der organischen Substanzen und theilweiser Niederschlagung der letzteren an der Oberfläche des Filters. Die Zersetzung findet sowohl im mit Abwasser gefüllten, als im leeren Schlackenbette statt, im ersten Falle durch Anaëroben, im letzten durch Aëroben. Typus der anaëroben Wirkung ist die Zersetzung der Cellulose, Typus der aëroben die Nitrifikation. Beide Wirkungen kommen auch beim Tropfverfahren zur Geltung. Die Wichtigkeit der vereinigten Wirkung der Anaërobiose und Aërobiose besteht darin, dass nicht reducirbare Substanzen durch Oxydation zersetzt werden, die Zahl der an der Zersetzung betheiligten Mikroben beträchtlich vermehrt ist und die Vermehrung der fakultativen Anaëroben unter den für sie günstigeren aëroben Verhältnissen erfolgen kann.

Walz (Stuttgart).

Digitized by Google

338. **Contribution au rôle de la fosse septique (septic tank) dans l'épuration biologique des eaux d'égout;** par G. K. Dzorszgowski. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersbourg XIII. 1. p. 25. 1907.)

Die Hauptfunktion der Faulgrube bei biologischen Kläranlagen besteht in der Sedimentirung und Auslaugung des Sediments. In Folge biologischer Processe verliert das Sediment seine schleimige Beschaffenheit. Wenn auch die Faulgrube einen Theil der organischen Stoffe zersetzt, so bewältigt sie doch nur einen kleinen Theil der Tagesmenge, weshalb sich stufenweise in ihr Rückstände niederschlagen. Die weitere Reinigung der Abwässer im Oxydationkörper geht um so leichter vor sich, je geringer die Gährung und Lösung in der Faulgrube war. Ihr Werth als biologischer Faktor ist daher gering. In chemischer Hinsicht, bezüglich der späteren chemischen Reinigung, ist sie sogar schädlich. Die Entfernung der suspendirten Stoffe in grösseren Kläranlagen geschieht besser auf mechanischem Wege. Nur in kleinen Anlagen hat die Faulgrube Existenzberechtigung, weil die mechanischen Apparate beständiger Aufsicht bedürfen.

Walz (Stuttgart).

339. **Ueber die Lebensdauer von Cholera- und Typhusbakterien in Spülgruben;** von Dr. Fürbringer und W. Stietzel. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 282. 1908.)

Spülgruben gehören zu Spülklosetts. Der Inhalt des Klosettes kommt zuerst in die Haupt- oder Aufnahmegrube und scheidet sich hier in Sink- und Schwimmstoffe. Die zwischen beiden stehende Flüssigkeit gelangt durch Tauchrohre in die sekundäre Grube, wird hier noch einmal geklärt und dann in den Abwasserkanal geleitet oder muss vorher noch durch einen Revisionschacht hindurch, in dem der etwaige Zusatz von Desinfektionsmitteln stattfindet. Ist dieser Zusatz nöthig oder gehen die gefährlichen Keime auch ohne das in den Spülgruben zu Grunde? F. u. St. beantworten Letzteres mit nein. Die Lebensbedingungen für Typhus- und Cholerakeime sind in solchen Gruben, namentlich bei möglichster Beschränkung der Sauerstoffzufuhr recht schlechte; es dürfte aber unmöglich sein, „Spülgruben von solcher Grösse herzustellen, dass in ihnen Cholera- und Typhusbacillen ohne Hinzugabe von Desinfektionsmitteln, also allein durch die genügend lange Zeit auf sie einwirkenden ungünstigen Lebensbedingungen zu Grunde gehen".

Dippe.

340. **Die Trinkwasserdesinfektion durch Wasserstoffsuperoxyd;** von Dr. Heinrich Reichel. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 1. p. 49. 1908.)

Will man Wasser in kurzer Zeit mit H_2O_2 gründlich desinficiren, so muss man sehr grosse Mengen anwenden, hat man es nicht so eilig, dann genügen sehr viel kleinere Dosen. Bei einer Einwirkung von 24 Stunden genügen $0.5‰$, bei 6 Stunden sind $1.5‰$, bei 4 Stunden $5‰$ H_2O_2 erforderlich. Schneller lässt sich die Sache in der Praxis überhaupt nicht durchführen. Bei Anwendung grosser Mengen ist es nothwendig, das etwa übrigbleibende Superoxyd mittels eines steril zu behandelnden Katalasepräparates zu zerlegen.

Dippe.

341. **Contribution à la désinfection de l'eau par l'ozone;** par G. K. Dzerszgowski und S. N. Predtétchensky. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersbourg XIII. 4 et 5. p. 375. 1908.)

Versuche mit dem Ozonapparate von Bernatovitsch-Delagrange zeigten, dass diesem der Siemens'sche Apparat weit überlegen ist, der 16.3mal mehr Ozon liefert. Der erstere liefert weder völlig steriles Wasser, noch ist er im Stande, die gewöhnlichen Begleiter pathogener Bakterien im Wasser abzutödten. Walz (Stuttgart).

342. **Morphologische und biologische Beeinflussung der Bakterien durch Kalk mit specieller Berücksichtigung der Kalkdesinfektion;** von Dr. P. Aner. (Arch. f. Hyg. LXVIf. 3. p. 237. 1908.)

Ueber den Kalk als Desinfektionsmittel ist schon viel geschrieben worden. A. zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse:

„1) Der gelöschte Kalk $Ca(OH)_2$ besitzt ausserordentlich energisch desinficirende Eigenschaften und bewirkt eine Abtödtung der vegetativen Formen der Bakterien auch in geringeren Concentrationen.

2) Die desinfektorische Wirkung des Kalkes ist weder eine rein mechanische, noch beruht sie auf dem Alkaligehalt als solchem: es sind vielmehr die in Lösung befindlichen Hydroxylionen, die hauptsächlich als wirksames Agens in Betracht kommen.

3) In Bezug auf die Art der Wirksamkeit des Kalkes gegenüber Bakterien erweist sich auf Grund theoretischer Erwägungen die Annahme der Entstehung von Kalkeiweissverbindungen als nicht wahrscheinlich.

4) Als praktisch wichtiges Ergebniss ist die Thatsache anzusehen, dass der Kalk unter dem Einflusse der Atmosphärilien auch bei längerer Dauer dieser Einwirkung in seiner Zusammensetzung hauptsächlich nur in den oberflächlichen Schichten beeinflusst wird, während die tiefer liegenden Partien von der Einwirkung unberührt bleiben und damit ihre desinfektorische Kraft vollkommen bewahren.

Es kann somit der Kalk aus Kalkgruben lange Zeit zu Desinfektionszwecken benützt werden, wenn jedesmal bei der Entnahme für die Beseitigung der oberflächlichen Partien gesorgt wird.

5) Die Kalkmilch hat sich bei der Einwirkung auf feste Faeces als ein brauchbares Desinfektionsmittel erwiesen und wirkt zugleich lösend auf die Kothballen."

Dippe.

343. **Ueber das bakteriologische Verhalten des Fischfleisches nach der Zubereitung;** von Dr. Hugo Bruns. (Arch. f. Hyg. LXVII. 3. p. 209. 1906.)

Es ist bekannt, dass Fischfleisch leicht verdirbt und man hat die Vermuthung ausgesprochen, dass schon die Gewebe gesunder lebender Fische Bakterien enthalten. Das ist nach Br.'s Untersuchungen nicht richtig. Bei vorsichtigem Behandeln kann auch das Innere des todten Fischfleisches ziemlich lange steril erhalten werden, zubereitet und unzubereitet. „Die Art der Zubereitung übt auf die Haltbarkeit des Fleisches einen besonderen Einfluss nicht aus. Es muss allerdings zugegeben werden, dass bei den gebackenen Fischen die Menge des zugesetzten Fettes eine Rolle spielt, da bei etwas Sparsamkeit in dieser Hinsicht die Fische zerbröckeln. Der gleiche Nachtheil ergiebt sich, wenn die Fische zu lange gekocht werden. Hierdurch wird den Bakterien eine viel grössere Angriffsfläche zur Einwanderung in die Tiefe des Fleisches geboten. Auch die Beschaffenheit des zum Backen benutzten Fettes mag sicherlich einen Einfluss auf die Haltbarkeit ausüben. Ich verwendete nur ausgelassene Butter. Es ist bekannt, dass dieses durch Ausschmelzen von Käsestoff und Wasser befreite reine Butterfett Monate lang sich hält, während frische Butter schon nach einigen Tagen ranzig wird. Eine besondere Stellung nimmt der Aal ein, dessen an und für sich sehr fettes Fleisch durch seine schwartige Haut noch besonders vor der Durchwucherung mit Bakterien geschützt zu sein scheint. Es zeigt sich auch eine Ungleichheit zwischen kleinen und dünnen Fischen einerseits, und zwischen grossen und dicken andererseits, insofern, als letztere einige Tage länger es ermöglichen, sterile Proben zu erhalten."

Sehr auffallend ist der bekannte, schon nach wenigen Tagen auftretende ranzige stechende Geruch und schlechte Geschmack der Fische. Eine gute Erklärung dafür giebt es noch nicht.

Dippe.

344. **Der Einfluss hoher Wärmegrade auf den arbeitenden Organismus.** *Nach Versuchen in Salzbergwerken;* von Dr. H. Liefmann und Dr. M. Klostermann. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 1. p. 148. 1908.)

Die Versuche bestätigten in der Hauptsache den bekannten grossen Einfluss der Luftfeuchtigkeit. Auf die Höhe der Temperatur allein kommt es durchaus nicht an. In der trockenen Luft der Salzbergwerke ist auch bei recht hohen Temperaturen eine bedenkliche Wärmestauung nicht zu befürchten. Dippe.

345. **Sur les dangers de l'emploi des insecticides à base arsénicale en agriculture au point de vue de l'hygiène publique;** par P. Cazeneuve. (Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. LIX. 5. p. 133. Févr. 4. 1908.)

Zum Schutze der Weinstöcke vor Insekten werden grosse Mengen arsenikhaltiger Mittel verwandt, für die Winzer, für die Consumenten von Tafeltrauben und für die Weintrinker ist das gefährlich, und sollte daher verboten werden.

Woltemas (Solingen).

346. **Ueber die grössere Lebensgefährdung des weiblichen Geschlechts durch den Keuchhusten;** von M. Neisser und L. H. Marks. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 123. 1908.)

Die Statistik ergiebt, dass überall mehr Mädchen als Knaben an Keuchhusten sterben, die Gründe sind nicht bekannt. Woltemas (Solingen).

347. **Ueber das Vorkommen von Geschwülsten bei der Bevölkerung in Grönland;** von Gust. Meldorf. (Nord. med. Ark. Innere Med. II. 3. 1907.)

M. zerstört durch diese Mittheilung die alte Legende, dass Grönland krebsfrei sei; er stellt etwa 18 Fälle zusammen, in denen Carcinome oder krebsartige Tumoren in den verschiedensten Organen bei Eingeborenen gefunden wurden. Ausserdem berichtet er über einige Fälle von Sarkom und über mehrere gutartige Neubildungen.

Versé (Leipzig).

348. **Die Verbreitung der Echinokokkenkrankheit in Mecklenburg;** von Dr. A. Becker. (Beitr. z. klin. Chir. LVI. 1. 1907.)

Die ausgedehnte Arbeit stellt eine Fortsetzung der Madelung'schen Sammelforschung dar; sie beginnt mit Anfang 1884 und schliesst mit Ende 1905. Die Gesammtzahl der Fälle betrug 327; mit einer einzigen Ausnahme handelte es sich stets um den hydatidosen oder *uniloculären Echinococcus*. Wegen aller Einzelheiten muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. B. kommt zu dem Ergebnisse, dass seit der Madelung'schen Sammelforschung eine nicht unbeträchtliche Zunahme der beim Menschen ärztlich beobachteten Echinokokkenerkrankungen in Mecklenburg zu verzeichnen ist. Die Zahl der Hunde in Mecklenburg hat erheblich zugenommen, und zwar in stärkerem Procentverhältnisse als die Bevölkerung. Der mecklenburgsche Hund beherbergt die Taenia echinococcus häufiger, als Hunde in echinokokkenarmen Gegenden. Der grösste Theil der an Echinococcus erkrankten Mecklenburger gehört den niederen Ständen an, ein grosser Theil solchem Berufe, der anerkanntermaassen viel mit Hunden in Berührung kommt. Auch heute noch weist Mecklenburg die grösste Schafzucht in Deutschland auf, und zwar wird in den Aushebungsbezirken von Mecklenburg da, wo die meisten Echinokokkenerkrankungen beim Menschen vorkommen, auch die Schafzucht am meisten betrieben. Mecklenburg weist im Vereine mit Vorpommern von ganz Deutschland den höchsten Procentsatz von echinokokkenkrankem Schlachtvieh auf. Dass keine weitere Zunahme, sondern wahr-

scheinlich eine Abnahme der Hundewurmkrankheit beim mecklenburgschen Schlachtvieh stattgefunden hat, ist auf die in den letzten 20 Jahren dort zur Durchführung gekommenen hygieinischen Maassnahmen zurückzuführen, in erster Linie auf die Errichtung von sachgemäss geleiteten Schlachthäusern mit Schlachthauszwang. P. Wagner (Leipzig).

349. **Wie erobert man Afrika für die weisse und farbige Rasse?** von Dr. Ziemann. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XI. 5. p. 3. 1907.)

Nöthig ist eine Hebung der Negerbevölkerung nach jeder Richtung; es ist Sache der Verwaltung, die trostlosen hygieinischen Verhältnisse durch unermüdliche Belehrung zu verbessern. Die Bevölkerung ist relativ sehr undicht. Schon die Urwälder hindern mechanisch eine Ausdehnung. Gegenüber den häufigen Kriegen, dem Kannibalismus, den Mängeln der Wohnung, Kleidung, Ernährung, besonders der sinnlosen Kinderernährung, dem Alkoholismus, den Missständen bezüglich der Ehe (Heirathen mit 7 und 8 Jahren) und der Geburt (aus Aberglauben erfolgende künstliche Aborte), der Aufbürdung aller Arbeit auf die Frau, der Unzucht, all' dem gegenüber treten die Krankheiten als schädigende Momente für die schwarze Rasse fast zurück. Der Weisse kann sich zweifellos gut akklimatisiren, wenn er alle hygieinischen Schäden vermeidet. Insbesondere ist Malariaprophylaxe nöthig. Erleichtert würde die hygieinische Eroberung Afrikas durch Vermehrung des Sanitätpersonals und Gründung einer Art von Tropeninstitut in jeder Colonie unter Leitung des Chefs der Medicinalverwaltung. Walz (Stuttgart).

350. **Die Beurtheilung der Tropendiensttauglichkeit bei Offizieren und Mannschaften;** von Dr. Lhendel. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 3. p. 73. 1908.)

Nöthig sind zum Tropendienste heimische Felddienstfähigkeit, ein kräftiger Körper und selbständiger Charakter. Nervosität, Neigung zu Neuralgien, Kopfschmerz, hereditäre Belastung, geistige Minderwerthigkeit, Neigung zu Blutarmuth, Verdauungstörungen, Scrofulose, Tuberkulose, Hautausschläge, Furunkulose, ferner Mittelohrkatarrh, Nierenkrankheiten, Diabetes, Neigung zu Nieren- und Gallensteinen, Rheumatismus, Gicht, Alkoholismus und Morphinismus machen tropendienstuntauglich. Geschlechtskrankheiten müssen vollkommen ausgeheilt, bei Syphilis müssen mindestens 2 Jahre verstrichen sein seit den letzten Erscheinungen. Mit der Untersuchung ist am besten eine nochmalige Impfung und eine Chininprobe zu verbinden, da Idiosynkrasie gegen Chinin unfähig zum Tropendienst macht. Walz (Stuttgart).

351. **Verhandlungen der II. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medicin in Stuttgart** *vom 17. bis 19. Sept. 1906.* (Vjhrschr. f. ger. Med. 3. F. XXXIII. Suppl.-H. 1907.)

Als allgemeines einleitendes Thema war *„die Diagnose des Ertrinkungstodes"* gestellt, wofür Wachholz und Reuter als Referenten aufgestellt waren. Wachholz (p. 2) empfiehlt zur Untersuchung die Kryoskopie: der Nachweis einer Verdünnung des Blutes der linken Herzhälfte einer Wasserleiche bildet den Beweis dafür, dass das Wasser während des Lebens in die Lungen gelangt ist. Weiterhin erlaubt deutliches Emphysema aquosum, auf Ertrinkungstod zu schliessen. Feinblasiger, reichlicher, dichter Schaum in den oberen Luftwegen bei Ausschluss von Lungenödem spricht mit grösster Wahrscheinlichkeit, Nachweis charakteristischer Ertrinkungsflüssigkeit im oberen Dünndarme einer frischen Wasserleiche mit Sicherheit für Ertrinkungstod.

Reuter (p. 20) bespricht die anatomische Diagnose des Ertrinkungstodes, der in frischen Fällen lediglich auf Grund des anatomischen Befundes sicher diagnostiert werden kann. Bei Vorhandensein typisch ballonirter Lungen mit Paltauf'schen Extravasaten unter der Pleura und neben feinblasigem Schaum auch Schleim in den Bronchen ist an dem Vorliegen von Ertrinkungstod nicht zu zweifeln. Das Vorhandensein von mit der Ertrinkungsflüssigkeit eingeschwemmten Fremdkörpern im Lungensafte oder in Schnittpräparaten innerhalb der Alveolen beweist, einzelne von Haberda präcisirte Fälle von Ertrinkungstod bei Neugeborenen ausgenommen, dass diese Stoffe während des Lebens in die Alveolen hineingelangt sind.

Gudden (p. 64) stellt, unter lebhaftem Widerspruche in der Diskussion, die *Waarenhausdiebstähle* als besondere Kategorie auf. Nach G. soll es sich fast immer um hysterische Frauen handeln, die unter dem Einflusse der Menstruation stehen.

Kreuser (p. 70) warnt vor dem *Zeugnisse der Schwachsinnigen* vor Gericht. Sie sind für Suggestion sehr empfänglich. Ihre Aussage sollte erst nach psychiatrischer Begutachtung gewürdigt werden.

Gaupp (p. 78) hat 124 Fälle von *Selbstmord* genauer untersucht. Eine einzige der Personen war geistig gesund, aber gravid, alle anderen waren nachweisbar mehr oder weniger psychisch abnorm. Der Selbstmord ist kein Verbrechen, wie die Kirche lehrt, sondern entspringt fast immer krankhaften Motiven.

Cimbal (p. 98) behandelt auf Grund statistischer Untersuchungen die *antisocialen Wirkungen des chronischen Alkoholmissbrauches im Vergleiche zu denen nicht alkoholischer chronischer Geistesstörungen* und kommt zu dem Schlusse, dass wichtiger als die Entmündigung die Erweiterung des Ehescheidungsparagraphen oder Anwendung des § 1333 B.G. (error in persona) wäre.

Stumpf (p. 114) empfiehlt seine Bolustherapie, 150—200 g auf einmal getrunken, bei gewissen Metall- und Säurevergiftungen.

Wachholz (p. 118) demonstrirt seine modificirte Tauninprobe noch an 2 Jahre altem CO-Blute.

Kratter (p. 119) berichtet über seine Erfahrungen betreffend *Giftwanderung* in Leichen. Alle der Zersetzung und Fäulniss widerstehenden Gifte wandern in die tiefergelegenen Theile der Leiche, woraus die Regeln für die Entnahme sich ergeben. Die Einwanderung von Giften ist vom sachkundigen Untersucher unschwer aufzudecken.

Pfeiffer (p. 136) hält die Blutprobe van Italie's (Beobachtung der katalytischen Wirkung) zur Unterscheidung von Menschenblut von anderen Blutarten für nicht geeignet.

Strassmann (p. 143) berichtet über einen Fall von *Schleimhautzerreissungen des Magens* in Folge von Ueberdehnung durch Magenausspülungen bei Opiumvergiftung und demonstrirt eine Anzahl Präparate von Magenzerreissungen durch äussere Gewalt.

Puppe (p. 171) legt bei der *Diagnose der gewaltsamen Erstickung durch weiche Bedeckungen* besonderen Werth auf das interstitielle Emphysem der Lungen.

Haberda (p. 187) berichtet über 172 Fälle von Unzucht mit Thieren, darunter nur 2 Mädchen, von den Männern waren 4 verheirathet. Psychopathische waren nur wenige unter den Thätern.

Molitoris (p. 211) betont von Neuem, dass unter keinen Umständen der positive Ausfall der Schwimmprobe oder der Nachweis von Fäulnissblasen auf der Oberfläche der Lungen *allein* auch nur die Vermuthung rechtfertige, dass das Kind ausserhalb des Mutterleibes geathmet habe. In der Diskussion berichten Ipsen und Puppe über Fälle von Fäulnissblasen in Lungen, die nicht geathmet haben.

Molitoris (p. 218) theilt ausserdem mit, dass er bei Strychninvergiftung nicht blos im Blute, sondern auch in der Muskulatur der Arme wägbare Mengen Strychnins nachweisen konnte.

Kenyeres (p. 223) demonstrirt die Unsicherheit der *Röntgenuntersuchung zur Unterscheidung von Lungen, die geathmet und nicht geathmet haben* (Ottolonghi), sowie Täuschungsbilder an Knochen, die im Röntgenbilde frakturirt erscheinen, während es sich um Entwickelungsstörungen handelt.

Leers (p. 229) betont, dass die *arteriosklerotische Gefässerkrankung* besonders zu *traumatischer Neurose* disponire.

Ipsen (p. 240) bespricht den *Mechanismus des Entstehens von Knochenbrüchen* von Röhrenknochen im Sinne der Resultirenden aus der an der Biegungsstelle des Knochenschaftes zur Wirkung kommenden Zug- und durch letztere bedingten Druckcomponente.

Georgii (p. 253) berichtet über die *gerichtsärztliche Bedeutung der Flobertschusswunden.* Die Verletzungen sind nach eigenen Erfahrungen und Versuchen entschieden lebensgefährlich. Die Flobertgewehre sind nicht das harmlose Spielzeug, als das sie oft gelten.

Georgii (p. 263) theilt einen Fall von echtem Wasserschuss mittels eines Terzerols mit. Der Fall endigte mit Genesung trotz schwerer Verletzung der Mundtheile.

Ungar (p. 266) bespricht die *Stellung der gerichtlichen Medicin zu § 1 des B.G.* Zur Vollendung der Geburt gehört wohl, dass das Kind die mütterlichen Geburtwege ganz verlassen hat, aber vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus ist zu betonen, dass es auch ein Leben ohne Athmung giebt.

Haberda (p. 275) theilt einen Fall von Tod durch Elektricität im Bade in Folge von Berührung einer Kipplampe mit. In Folge von Isolationfehlern hatte die Badewanne Erdschluss, auch der Lampenfuss war stromführend. Walz (Stuttgart).

352. **Verhandlungen der III. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medicin in Dresden** *vom 16. bis 18. Sept. 1907.* (Vjhrschr. f. ger. Med. 3. F. XXXV. Suppl.-H. 1908.)

Das Referat über den *Tod im Tunnelbau und im Bergwerk vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus* war von Zangger (p. 2) übernommen worden, der über seine Erfahrungen in Courrières berichtete. Bei Explosionen finden sich häufig charakteristische Leichenveränderungen, die einen Rückschluss auf Dauer, Grad und Richtung der Explosion gestatten; bei Untersuchung einer grossen Zahl von Leichen an verschiedensten Stellen des Explosiongebietes ist ein Rückschluss auf den Verlauf der Explosionwelle möglich. Zur Bestimmung der Zeit des Todes erschien die Veränderung der Augen am geeignetsten. Ausser CO- kommt auch CO_2-Einathmung in Betracht.

Benmer (p. 22) hat über die im Vorjahre diskutirte Frage der Lungenfäulniss Neugeborener neue Versuche angestellt und hat gefunden, dass die fötalen Lungen meist ohne subpleurale Gasblasen faulen, jedenfalls nie Blasen im interstitiellen Gewebe oder in den Alveolen zeigten.

Ipsen (p. 40) berichtet über einen Fall von Pankreasblutung beim Neugeborenen, wohl in Folge ungeschickter Hülfeleistung bei der Geburt entstanden.

Kenyeres (p. 57) berichtet über einen angeblichen Ritualmord aus dem Jahre 1763. Die von einem Maler nbgebildeten Hautflecke, als hebräische Buchstaben seiner Zeit gedeutet, sind Todtenflecke, nach Ungar's Diskussionbemerkung vielleicht Blitzfiguren.

Ungar (p. 65) schildert die verschiedenen gerichtsärztlichen Gesichtspunkte bei der Beurtheilung der Frage der Gesundheitschädigung von Säuglingen in Folge bei der Ernährung begangener Fahrlässigkeit.

Kratter (p. 83) empfiehlt angelegentlich als Vorprobe die alte in Misskredit gekommene van Deen'sche Blutprobe, was in der Diskussion von Anderen bestätigt wird.

Kratter (p. 84) demonstrirt die Abbildung des *Schädeldaches eines Mannes, der sich 30 Kopfhiebwunden am Schädel mit einem Beile beigebracht hat,* alle an der Stirn und am Scheitel und alle seicht, daher war Mord auszuschliessen. Da der Mann sich auf diese Weise

nicht tödtlich verletzen konnte, brachte er sich mit einem Küchenmesser tödtliche Brust- und Bauchstiche bei.

Leers (p. 91) theilt seine Erfahrungen über akutes (vitales) *Erstickungsemphysem der Lunge* mit. Entgegen der Anschauung, dass Alveolarzerreissungen, alveoläres und interstitielles Emphysem specifisch für gewisse Arten von gewaltsamer Erstickung seien, können sie nach L. bei allen gewaltsamen Erstickungen und wahrscheinlich sogar bei jeder erheblichen Dyspnöe vorkommen.

Ziemke (p. 111) theilt eine Anzahl von interessanten *Herzverletzungen* mit, die zeigen, dass einerseits trotz Eröffnung des Anfangstheiles der Aorta der Verletzte noch 100 Schritte gehen konnte, andererseits, dass nach scheinbar leichter Verletzung der Herzgegend (durch Aneurysmabildung der Coronaria im vorliegenden Falle) noch später der Tod erfolgen kann. Z. bespricht eingehend die Entstehung der Herzverletzungen.

Näcke (p. 136) als Referent und Strassmann (p. 137) als Correferent theilen ihre reichen Erfahrungen über *Familienmord* mit, der in 8% der Fälle als combinirter Selbstmord aufzufassen ist.

Puppe (p. 157) hat an grösserem Materiale die *Erwerbsfähigkeit von Bettlern und Vagabunden untersucht*. Nur $^2/_5$ waren erwerbsfähig, $^1/_4$ erwerbsunfähig, $^1/_3$ mehr oder weniger erwerbsbeschränkt.

Koekel (p. 166) empfiehlt zur mikroskopischen *Untersuchung von Blutflecken* die Anfertigung von Schnittpräparaten. P. Fraenkel (p. 171) empfiehlt zu gleichem Zwecke die direkte Untersuchung in auffallendem Lichte nach Florence, jedoch unter Anwendung des viel billigeren Seitz'schen Opakilluminators.

Revensterf (p. 177) demonstrirt *Röntgenaufnahmen von Lungen, die Flüssigkeiten mit suspendirtem Wismuth aspirirt haben*. Es zeigte sich, dass bei ertränkten Thieren überall in den Alveolen Wismuth vorhanden war, bei postmortaler Infusion dagegen nie. Walz (Stuttgart).

C. Bücheranzeigen.

1. **Handbuch der physiologischen Methodik;** herausgegeben von Robert Tigerstedt. II. Bd. 2. Abth. Leipzig 1908. S. Hirzel. Gr. 8. 188 S. mit 36 Figuren. (6 Mk.)

Von dem neuerscheinenden Handbuche der physiologischen Methodik liegt nun die 2. Abtheilung des II. Bandes vor. Sie enthält zunächst, in der Bearbeitung von Schenck in Marburg, die Methoden der Bestimmung und Registrirung der Athembewegungen des Thorax und des Zwerchfelles, die Mittel zur Bestimmung der Druckänderungen in Lunge und Pleuralhöhle während der Athmung, die Volumenbestimmungen der ein- und ausgeathmeten Luft, sowie die Methoden der Feststellung der Strömungsgeschwindigkeit der Athemluft. Der 2. Abschnitt bringt einen Ueberblick über die Methoden zur Reindarstellung und zur Ermittelung der isolirten Wirkung unserer Verdauungsenzyme (Oppenheimer, Berlin). Es folgt als 3. Abschnitt eine Darstellung der Methoden, die uns zur Erforschung der Bewegungen unseres Verdauungsrohres zur Verfügung stehen (Magnus, Heidelberg). Den 4. und letzten Abschnitt bildet eine Vorführung der operativen Methodik für das Studium der Verdauungsdrüsen, die aus Pawlow's Feder stammt. In diesem Abschnitte finden die Speicheldrüsen, Magendrüsen, die Bauchspeicheldrüse, die Leber und die Darmdrüsen Berücksichtigung.

Bezüglich des Inhaltes und der äusseren Ausstattung des Werkes kann ich nur wiederholen, was ich bei Besprechung der 2. Abtheilung des I. Bandes gesagt habe. Sie ist vorzüglich.

Dittler (Leipzig).

2. **Lehrbuch der Physiologie des Menschen;** von Robert Tigerstedt. 4. Auflage. Leipzig 1907/1908. S. Hirzel. Gr. 8. XII u. 531, VIII u. 508 S. (24 Mk.)

Trotz der kurzen Zwischenzeit zwischen den einzelnen Auflagen des Lehrbuches hat T. nicht versäumt, zahlreiche kleine Aenderungen oder Ergänzungen vorzunehmen. Insbesondere kamen ihm hierbei, wie er selbst hervorhebt, die umfassenden neueren Darstellungen in den Ergebnissen der Physiologie und in dem neu erschienen Nagel'schen Handbuche zu statten. Auch in seiner neuen Gestalt ist das Werk, wie seine früheren Auflagen, zu den besten und bei Aerzten und Studirenden wegen Klarheit und Anschaulichkeit der Darstellung zu den beliebtesten physiologischen Lehrbüchern zu rechnen. Garten (Leipzig).

3. **Physiologie des Menschen;** von Luigi Luciani. Deutsch von Baglioni und Winterstein. Jena 1907. Gust. Fischer. Gr. 8. Bd. III. Lief. 7—10. VI u. 663 S. (Je 4 Mk.)

Wie schon bei Besprechung des I. und II. Bandes (vgl. Jahrbücher 1905, bez. 1907) hervor-

gehoben wurde, ist die Darstellung eine klare und zum Theil so eingehende, dass die Lektüre des Buches für viele der Physiologie Fernerstehende das Studium eines umfangreichen Handbuches ersetzen kann. Insbesondere findet sich am Schlusse jedes grösseren Abschnittes eine gute Auswahl von Literaturangaben. Die Uebersetzer haben nicht versäumt, durch zahlreiche Zusätze auch auf die neuesten Forschungen, die im Original nicht mehr Berücksichtigung fanden, hinzuweisen. Der dritte Theil behandelt die Physiologie der Organe des animalen Lebens: allgemeine Muskelphysiologie, Mechanik des Bewegungsapparates, Stimme und Sprache und besonders eingehend allgemeine und specielle Physiologie des Nervensystems.

Garten (Leipzig).

4. **Taschenbuch der Physiologie;** von H. Boruttau. 2 Theile. Leipzig 1908. Dr. Werner Klinkhardt. 8. 243 S. (6 Mk.)

Die beiden Hefte des Taschenbuches sollen dem Studirenden für seine Nachschrift im Colleg die allgemeine Grundlage liefern, so dass er leichter, ohne Alles nachschreiben zu müssen, im Stande ist, dem Vortrag zu folgen. Andererseits ist aber durch reichlichen freien Platz in den Heften die Möglichkeit gegeben, alle wichtigeren Einzelheiten während des Vortrages an den betreffenden Stellen einzutragen. Zahlreiche schematische Abbildungen, von denen einige bei einer Neuauflage vielleicht etwas weniger skizzenhaft wiedergegeben werden könnten, sind geeignet, ebenso wie die flüchtigen Skizzen der Collegienhefte, die Erinnerungsbilder an das Geschaute wieder wachzurufen.

Garten (Leipzig).

5. **Jahresberichte der Physiologie.** *Bericht über das Jahr 1906.* Herausgegeben von L. Hermann. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. Gr. 8. VIII u. 461 S. (19 Mk.)

In diesem Bande konnte von Hermann selbst nur über die Sprache und Gehörsinn betreffenden Arbeiten berichtet werden. Die Arbeiten der anderen Abschnitte der Physiologie, der Bewegung, der Wärmebildung und der Sinne, wurden von Gildemeister und Weiss referirt. Die Physiologie der thierischen Flüssigkeiten, der Ernährung der Organe und des Gesammtorganismus wurden durch Ellinger und R. Cohn wie bisher bearbeitet. Es wäre erwünscht, dass die durch ihre Zusammenstellung in Materien zur raschen Orientirung so brauchbaren Jahresberichte nicht wie im vorliegenden Falle, erst 2 Jahre nach dem Erscheinen der Arbeiten zur Veröffentlichung kämen.

Garten (Leipzig).

6. **Psyche und Leben;** von W. von Bechterew. Wiesbaden 1908. J. F. Bergmann. 8. IX u. 209 S. (5 Mk. 60 Pf.)

Auf Grund einer ausführlichen Darstellung der philosophischen Anschauungen aus alter und neuer Zeit und auf Grund zahlreicher Thatsachen der Biologie, die er zum Theil sehr eingehend erörtert, kommt v. B. zu dem Schlusse, dass Leben und Psyche einer einheitlichen Quelle entstammen. „Es können also die äussere materielle und die innere subjektive Welt auf reine Energie zurückgeführt werden. Und demnach ist die ganze Welt Aeusserung einer einheitlichen Weltenergie, die das Psychische in potentia umfasst.“ Garten (Leipzig).

7. **Ueber subjektive Hörerscheinungen und subjektive optische Anschauungsbilder;** von Viktor Urbantschitsch. Leipzig u. Wien 1908. Franz Deuticke. 8. 123 S. (4 Mk.)

Das subjektive Hören von Musikstücken (das von der einfachen akustischen Vorstellung übrigens sehr wohl zu unterscheiden ist!) wird durch gleichzeitig hervorgerufene Farbenempfindungen in seiner Stärke, nach Tonhöhe, Tempo und dergleichen mehr beeinflusst. Unter Umständen kommt es sogar zu ganzer oder theilweiser Unterdrückung des Gehörten. Ferner wurde festgestellt, dass die „akustischen Gedächtnissbilder“ bald auf dem Ohre auftreten, auf dem die „akustische Reizung“ erfolgt, bald aber auch auf dem anderen Ohre; bald wurde das Gehörte überhaupt ausserhalb des Kopfes verlegt. Die akustische Lokalisation ist auch der Suggestion zugänglich. Der galvanische Strom bewirkte zuweilen starke Veränderungen im subjektiven Hören, die je nach der Stromrichtung verschieden waren. Auch interferirende subjektive Geruch-, Geschmack- und Tastempfindungen führten zu Aenderungen der subjektiven Hörerscheinungen.

Dittler (Leipzig).

8. **Die Nerven des Herzens.** *Ihre Anatomie und Physiologie;* von E. v. Cyon. Uebersetzt von H. L. Hensner. Berlin 1907. Julius Springer. Gr. 8. XX u. 328 S. mit 47 Textfiguren. (9 Mk.)

Man würde dem temperamentvollen Buche beinahe Unrecht thun, wenn man versuchte, es sachlich zu referiren. Es ist ein Kampfruf gegen die dem Autor verhasste Irrlehre der Myogenisten, und ein verzweifelter Versuch, seine angeblich todtgeschwiegenen Verdienste um die gerechte Sache der neurogenen Lehre in's rechte Licht zu rücken. Solche gereizte Stimmung lässt Manches verzeihen: Die Bemühung, die eigene Person in den Vordergrund zu stellen, ebenso wie die maasslosen Angriffe gegen seine Gegner, die fast durchgängig als Trottel oder Charlatane behandelt werden. Aber auch abgesehen von allem Persönlichen, wovon das Buch leider nur allzu voll ist, scheint uns die Grundtendenz der Cyon'schen Anschauungen verfehlt zu sein. Er geht davon aus, dass es Geister giebt, die fast immer die Wahrheit unmittelbar erkennen, und solche, die stets dem Irrthume verfallen, dementsprechend muss denn auch entweder *alles*, was Jemand sagt, richtig sein oder *nichts*, und

weiter muss eine Lehre entweder vollkommen falsch oder vollkommen einwandfrei sein. So aber haben gerade diejenigen ganz Grossen in der Naturwissenschaft, deren Lehre epochemachend war für ihre Zeit, den eigenen Werth nicht eingeschätzt; sie wussten, dass abgesehen von den thatsächlichen unverlierbaren Feststellungen, jede Zusammenfassung dieser Thatsachen, jede „Lehre" nur einen zeitlichen und vorübergehenden Werth besitzt. Ja, einer jener Wenigen, denen es vergönnt war, der Zeit einen neuen Gedanken zu schenken — Ewald Hering — hat es einmal ausdrücklich ausgesprochen, dass der Werth einer neuen Lehre im Wesentlichen danach zu bemessen sei, inwieweit sie zur Auffindung neuer Thatsachen Ansporn und Möglichkeit biete. Diese neuen Thatsachen werden mit einer gewissen Fatalität der alten Theorie Schwierigkeiten bereiten und so kann das Paradoxen zu Stande kommen, dass eine gute Idee kurzlebiger sein wird, als eine schlechte sterile, die in sich nicht den Keim des Fortschrittes trägt. An diesem gerechteren Maassstab gemessen, kommt Cyon seinen myogenen Gegnern gegenüber sicher zu kurz; jene haben der Welt eine Idee geschenkt, die ihren heuristischen Werth im Kampfe der Meinungen glänzend bewährt, Cyon aber hat im besten Falle mit den Methoden seines Meisters weiter gearbeitet. Diese Constatirung kann nicht respektlos erscheinen, da sie durch den absichtlich ausserordentlich scharfen Ton des Buches direkt provocirt ist und gerade heute ist sie nöthig: Eine ausserordentlich verfeinerte histologische Technik hat uns nervöse Elemente in ungeahnter Verbreitung gezeigt, andererseits sind unsere Vorstellungen über die Funktion der Ganglienzellen in's Schwanken gerathen und dazu kommt, dass Untersuchungen, die an dem sehr geeigneten Material wirbelloser Thiere angestellt sind, zu sehr auffälligen Resultaten geführt haben. Alle diese „nouveaux faits" erfordern naturgemäss eine erneute Ueberlegung, die Frage entsteht, ob sie sich einreihen lassen in die uns liebgewordenen Vorstellungen, oder ob sie eine Revision nöthig machen. Aber welche Antwort auch immer die Zukunft hierauf ertheilen mag, der Werth der myogenen Theorie wird dadurch nicht berührt, der liegt überhaupt nicht in ihrer „absoluten Wahrheit", sondern darin, dass diese Theorie die klarste Zusammenfassung des damaligen Wissens über das Herz darstellte; dadurch erleichterte und ermöglichte sie die Fragestellung und dadurch diente sie dem Fortschritt der Wissenschaft. Wäre die myogene Theorie nicht entstanden, sicherlich wären viele jener Thatsachen niemals gefunden worden, auf Grund deren C. heute so verächtlich von den Myogenikern sprechen zu können glaubt.

Die Polemik ist also sachlich unberechtigt und das ist schlimmer, als der Umstand, dass sie in der Form so durchaus verfehlt ist. An Thatsächlichem bietet die Arbeit nichts Neues und will es auch nicht. Es soll nur eine Zusammenstellung unserer bisherigen Kenntnisse über die Herznerven sein, und es darf nicht verkannt werden, dass diese Zusammenstellung gut und geschickt gemacht ist. Einer, der die moderne Physiologie hat entstehen sehen, beschreibt ihren Werdegang und eben darin liegt der historische Reiz dieses Buches, dass man überall aus der Darstellung das persönliche Miterleben herausmerkt. Allerdings ist nur die ältere Literatur in dieser gründlichen Weise berücksichtigt. Gerade die neueren und neuesten Arbeiten, auf die es bei der Beurtheilung der Frage sehr ankommt, sind nur flüchtig behandelt. Wäre es maassvoller geschrieben, so könnte das Buch trotzdem gegenüber gewissen hypermyogen gestimmten Kreisen, besonders unter den Klinikern von Werth sein. Den Anschauungen gegenüber, der ganze intracardiale nervöse Apparat sei völlig überflüssig, erscheinen die C.'schen Werte als berechtigter Protest. Man darf nicht etwa glauben wollen, durch die myogene Theorie werde Alles erklärt, auch sie ist nur eine Etappe und wenn sie ihre Bedeutung nicht verlieren will, darf sie dem Quietismus in keiner Form Vorschub leisten.

G. F. Nicolai (Berlin).

9. **Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen.** Herausgegeben von Dr. J. Marcuse u. Dr. A. Strasser. 11. Heft: *Erkrankungen der Respirationsorgane;* von Prof. H. Rieder in München. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. Gr. 8. 134 S. mit 3 Abbild. (3 Mk.)

Aerotherapie, Thermotherapie, Hydrotherapie Balneotherapie, Pneumato- und Inhalationtherapie Mechanotherapie, Elektrotherapie, Bestrahlungtherapie! und dazu die Athmungsorgane von der Nasenspitze bis in die Alveolen, einschliesslich der Pleura — dafür sind 124 Seiten etwas wenig. Da R. sich auch noch bemüht hat, möglichst alles Empfohlene aufzuführen, ist eine etwas kurzathmige Aneinanderreihung guter und weniger guter Rathschläge zu Stande gekommen. Es wäre wohl richtiger, kritisch zu sichten, das Zweifelhafte auszumerzen und so für das Bewährte, Gute etwas mehr Raum zu schaffen. Vielleicht könnte dabei auch etwas mehr Rücksicht genommen werden auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes und die Verhältnisse, unter denen er thätig ist. Dass das Buch mancherlei Werthvolles enthält, bedarf wohl keiner besonderen Betonung. Dippe.

10. **Ueber den Einfluss elektrischer Ströme auf den Blutkreislauf des Menschen.** *Neue Untersuchungen, nebst Übersicht über die bisherigen Forschungen;* von Dr. Paul Steffens in Freiburg i. B. Leipzig 1908. Joh. Ambr. Barth. Gr. 8. 75 S. mit 8 Tafeln. (3 Mk.)

St. liefert einen Beitrag zu dem Werthe elektrischer Behandlung. Das Thatsächlichfestgestellte fasst er in folgenden Sätzen zusammen:

Digitized by Google

„1) *Eine direkte Einwirkung* galvanischer und faradischer Ströme *auf den Blutkreislauf des Menschen ist zweifellos nachgewiesen.* Diese Einwirkung ist abhängig von der Stromart, aber unabhängig von der Stromrichtung.

2) *Galvanische Ströme* bewirken bei der Schliessung und Oeffnung eine deutliche Volumverminderung in muskulären Gebieten durch Erregung von Muskelcontraktionen und dadurch bedingte Compression der Muskelgefässe; ausserdem findet auch während der Dauer des Stromes eine länger dauernde Volumverminderung in dem vom elektrischen Strome durchflossenen Gebiet statt, die auf eine Steigerung des Gefässtonus zurückzuführen ist. — Das Verhalten der Gefässfüllung während der Dauer des galvanischen Stromes ist im Uebrigen nur von der individuellen Reaktionsfähigkeit der behandelten Person abhängig. Verschiedene Stärke und Richtung des Stromes bedingen keinen principiellen Unterschied in seiner Wirkung auf die Blutvertheilung.

3) Eine *„Kataphorie" des galvanischen Stromes* (als welche eine Verschiebung unzerlegter Flüssigkeitsmoleküle in der Richtung dieses Stromes und dadurch bedingte Steigerung oder Herabsetzung der Geschwindigkeit des Blutstromes und des Blutdruckes bezeichnet wird) ist bei der Anwendung *am lebenden Organismus nicht nachweisbar.*

4) *Faradische Ströme* bewirken in der Regel ebenso wie die galvanischen unmittelbar nach ihrem Einsetzen ein plötzliches Sinken der Gefässfüllung in muskulären Körpertheilen durch Verengerung der Muskelgefässe. — In Folge der durch den faradischen Strom hervorgerufenen Muskelcontraktionen, welche ebenso wie die Contraktionen bei willkürlichen Bewegungen nach Art einer Saug-Druckpumpe wirken, findet während der Dauer des faradischen Stromes meist ein schneller Ausgleich der ersten Volumverminderung statt, während gleichzeitig der Blutwechsel im Gebiete der thätigen Muskulatur und somit auch im Gesammtorganismus erleichtert und beschleunigt wird. — Die Wirkung des faradischen Stromes entspricht somit der eines Pumpwerkes. Die schon durch das Gefühl wahrnehmbaren Unregelmässigkeiten der Stromimpulse zeigen sich in der wechselnden Höhe der Blutfüllung, die auf unseren Plethysmogrammen sich in den kurzen Schwankungen der Curve abzeichnet.

5) Bei *willkürlichen rhythmischen Contraktionen* ist durch die plethysmographische Untersuchung deutlich nachzuweisen, dass unmittelbar nach Beginn jeder Contraktion das Volumen der Extremität (durch Auspressen der Muskelgefässe) bedeutend vermindert wird. Je nach Energie und Dauer der Contraktionen erreicht dabei das Volumen entweder sofort oder erst nach wiederholten Contraktionen ein gewisses Mindestmaass, unter das es auch bei stärkeren oder länger andauernden Contraktionen nicht herabgeht. — Bei Beginn der Contraktionen wird die Strömungsgeschwindigkeit des Blutes in den Venen vermehrt, in den Arterien verlangsamt. — Beim Nachlassen der Contraktionen strömt das Blut aus den gestauten Arterien mit vermehrter Geschwindigkeit in die leeren Muskelgefässe hinein, um bei der folgenden Contraktion wieder nach den Venen hin ausgepresst zu werden. Der Wechsel zwischen Contraktion und Erschlaffung der Muskulatur wirkt hier nach Art einer Saug-Druckpumpe, durch welche der gesammte Blutwechsel gefördert wird. Je nach der Geschwindigkeit, mit welcher die einzelnen Muskelcontraktionen aufeinander folgen, wird die anfänglich sehr stark herabgesetzte Blutfüllung der thätigen Muskulatur wieder gesteigert, um bei raschem Wechsel zwischen Contraktion und Erschlaffung sehr schnell schon einen höheren Stand als vor Beginn der Contraktionen zu erreichen. Nach Aufhören der letzteren tritt in der thätig gewesenen Muskulatur eine noch stärkere plötzliche Vermehrung der Blutfüllung ein, welche dann langsam wieder auf den normalen Stand zurückgeht. — Die Verengerung der Muskelgefässe und die nachfolgende reaktive Erweiterung ist am intensivsten bei *tetanischer Muskelcontraktion.*

6) Die *Respirationsfrequenz* wird durch galvanische und faradische Theilbäder entweder gar nicht oder nur unwesentlich im Sinne einer Herabsetzung beeinflusst.

7) Die *Pulsfrequenz* wird in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um 4—12 Schläge in der Minute herabgesetzt, und zwar in gleicher Weise nach Einwirkung des galvanischen, wie des faradischen Stromes.

8) Der *Blutdruck* wurde durch die galvanischen, bez. faradischen Theilbäder in 50%, bez. 67% unserer Fälle herabgesetzt, und nur in 20%, bez. 11% der Fälle gesteigert. Die Veränderungen des Blutdruckes sind völlig unabhängig von den plethysmographisch nachgewiesenen Volumschwankungen.

9) Die *faradocutane Sensibilität* wurde in der weitaus überwiegenden Mehrzahl unserer Fälle gesteigert, und zwar sowohl nach den galvanischen und faradischen Theilbädern, wie auch nach solchen ohne elektrischen Strom. Eine Differenz in der Wirkung von Anode und Kathode bei den galvanischen Bädern war nicht nachweisbar.

10) *Der Leitungswiderstand des menschlichen Körpers* ist — ausser von der Grösse der Elektroden — auch abhängig von der Grösse der elektromotorischen Kraft des applicirten galvanischen Stromes (und von der Beschaffenheit der Elektrodenflüssigkeit). Der Leitungswiderstand wird um so geringer, je grösser die elektromotorische Kraft ist, die zur Anwendung kommt." Dippe.

11. **Blodets sjukdomar;** af Dr. F. W. Warfvinge. Stockholm 1905. Wahlströms o. Widstrands förl. 8. 120 s.

W. giebt eine eingehende und gediegene Darstellung der Krankheiten des Blutes nach dem

neuesten Standpunkte der Wissenschaft. Nach einer Darstellung der Zusammensetzung und Untersuchung des Blutes bespricht er die Anämie, die Chlorose, die perniciöse Anämie, die Leukämie, die Pseudoleukämie, die Blutveränderungen bei Malariakrankheiten, die Blutparasiten, die Blutgifte und die paroxysmale Hämoglobinurie, überall graphische Darstellungen und Abbildungen der Blutbefunde beifügend. Die hämorrhagische Diathese, die orbliche Blutkrankheit, das Skorbut und die Blutfleckenkrankheit sind nach seiner Meinung nicht eigentlich zu den Blutkrankheiten zu rechnen.

Walter Berger (Leipzig).

12. **Heilende Strahlen.** *Arbeiten über die Grundlagen und die praktische Ausübung der Strahlentherapie (X-Strahlung, Lichtstrahlung und Radioaktivität).* Gesammelte Aufsätze von Ingenieur Friedrich Dessauer. II. Bd. Würzburg 1908. A. Stuber's Verlag (Curt Kabitzsch). 8. 99 S. (2 Mk. 50 Pf.)

3 Jahre nach der Herausgabe des I. Bändchens übergiebt D. diese zweite Sammlung zerstreuter Aufsätze der Oeffentlichkeit. Die innerlich zusammenhängenden, aber sonst selbständigen Aufsätze haben folgenden Inhalt: 1) Physik im Dienste der Medicin (Betrachtungen über ein Grenzgebiet); 2) Ziele der Röntgentechnik; 3) Strahlungsenergien und Krankheiten; 4) Die Gefahren der Röntgenstrahlung; 5) Schutz des Arztes und des Patienten gegen Schädigungen durch Röntgen- und Radiumstrahlung; 6) Zur Frage des Instrumentariums (3 Entgegnungen); 7) Heilendes Licht (Grundlagen der Lichttherapie); 8) Beiträge zur Bestrahlung tiefliegender Processe; 9) Eine neue Anwendung der Röntgenstrahlung; 10) Vom Geiste des Helfens. Auf einzelne Vorträge werden wir an anderer Stelle noch zurückkommen.

P. Wagner (Leipzig).

13. **Die Behandlung des Krebses mittels Fulguration;** von Dr. de Keating-Hart in Marseille. Uebersetzt von Dr. E. Schümann in Leipzig. Leipzig 1908. Akadem. Verlagsgesellsch. m. b. H. 8. 37 S. mit 9 Taf. (2 Mk. 40 Pf.)

Wir müssen es der Verlagsbuchhandlung Dank wissen, dass sie uns die de Keating-Hart'sche Monographie über die Fulgurationbehandlung des Krebses in einer guten deutschen Uebersetzung übermittelt hat. Das Verfahren begegnet jetzt so grossem Interesse, dass eine genaue Kenntniss auch in weiteren Kreisen nur zu wünschen ist.

P. Wagner (Leipzig).

14. **Hermaphroditismus beim Menschen;** von Prof. Dr. Franz Ludwig von Neugebauer in Warschau. Leipzig 1908. Dr. W. Klinkhardt. Gr. 8. 748 S. mit 346 Abbildungen. (40 Mk.)

Vor einigen Jahren hat v. N. in einem Hefte der v. Volkmann'schen klinischen Vorträge eine Arbeit veröffentlicht: „Welchen Werth hat die Kenntniss des Hermaphroditismus für den praktischen Arzt?“ In diesem mehr allgemein gehaltenen Vortrage, der nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Juristen, Geistlichen, Lehrer u. s. w. verständlich sein dürfte, giebt v. N. eine gedrängte Zusammenfassung seiner Studien über Hermaphroditismus beim Menschen. Den Hauptinhalt des vorliegenden Werkes bildet eine nach Autoren alphabetisch geordnete Casuistik, die 1891 Einzelfälle von *Pseudohermaphroditismus* umfasst, die theils in extenso mit Abbildungen, theils im Auszuge, theils auch nur dem Titel nach mitgetheilt werden. Diese ausserordentlich interessante Casuistik ist das Ergebniss einer mühsamen 15jähr. Sammelforschung; sie bildet den 2. und bei Weitem umfangreichsten Theil des Werkes. Im 1. Theile bespricht v. N. die Geschichte der Lehre vom Zwitterthum, sowie das Wesen des Zwitterthums. Es folgt hierauf eine für das Verständniss der Casuistik unumgänglich nothwendige kurze Darstellung der Entwickelungsgeschichte der Urogenitalanlage — mit Benutzung der vorzüglichen Abbildungen aus dem Handatlas der Entwickelungsgeschichte des Menschen von J. Kollmann in Basel — und die Eintheilung des Hermaphroditismus mit Berücksichtigung der v. Krafft-Ebing'schen Hypothese über die sexuelle Empfindung. Aus praktischen Gründen will v. N. für den Pseudohermaphroditismus die alte Klebs'sche Eintheilung festhalten in männliches und weibliches Scheinzwitterthum: androgynoide und gynandroide Bildung. Das Scheinzwitterthum kann ein inneres, äusseres oder completes sein. Der 3. Theil des Werkes enthält die Schlussfolgerungen aus der Casuistik, nebst einer kritischen Sichtung des Materiales von verschiedenen Gesichtpunkten aus. v. N. schliesst sich vollkommen der Halban'schen Ansicht an, wonach der Begriff des Pseudohermaphroditismus bisher zu eng begrenzt worden ist, indem man nur die Differenzen in der Anlage der Keimdrüsen und der Genitalien berücksichtigte. Neben diesen primären Geschlechtscharakteren sind aber auch die sekundären in Betracht zu ziehen. Ueber die Häufigkeit des Vorkommens des Hermaphroditismus lassen sich keine positiven Angaben machen; nur so viel steht fest, dass ein grosser Theil dieser Scheinzwitter zeitlebens geschlechtlich verkannt wird. Jedenfalls ist das Scheinzwitterthum eine viel häufigere Erscheinung, als allgemein angenommen wird. Persönlich hat v. N. auf ein Material von 52000 von ihm binnen 25jähriger ärztlicher Thätigkeit untersuchter Frauen und Kinder beinahe 50 Fälle von Scheinzwitterthum zu verzeichnen.

Das v. N.'sche Buch enthält eine Fülle interessanter Thatsachen und wird für Jeden, der auf diesem Gebiete arbeiten will, unentbehrlich sein.

Die Verlagsbuchhandlung hat das Werk ganz vorzüglich ausgestattet; Papier, Druck und Ab-

bildungen sind tadellos. Der Preis ist angemessen. P. Wagner (Leipzig).

15. **Die Behandlung der Gonorrhöe des Mannes;** von Orlowski. Würzburg 1908. A. Stuber's Verl. (C. Kabitzsch). Gr. 8. 112 S. (2 Mk. 50 Pf.)

Die kleine Schrift bringt in gedrängter Kürze eine Darstellung der Behandlung der Gonorrhöe des Mannes und ist für den Gebrauch des praktischen Arztes bestimmt. O. geht ausser auf die Urethroskopie auf die Diagnostik nicht ein. Die von ihm geschilderten Behandlungsmethoden sind nicht die einer bestimmten Schule, sondern die von O. in der eigenen Praxis angewandten und erprobten, wenn er auch bei der Besprechung der Behandlung des akuten Trippers eine Uebersicht über die anderwärts gebräuchlichen Methoden, deren Erfolge er im Allgemeinen recht pessimistisch gegenübersteht, giebt. Seine Therapie der chron. Gonorrhöe fusst hauptsächlich auf den Principien der Oberländer-Kellmann'schen mechanischen Behandlung. Boehme (Leipzig).

16. **Die Cystoskopie und Urethroskopie beim Weibe;** von Dr. Richard Knorr. Berlin u. Wien 1908. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. XII u. 286 S. mit 145 Abbild. im Text u. 3 Tafeln. (8 Mk.)

Wenngleich in letzter Zeit mehrere gute Werke über Cystoskopie, insbesondere auch beim Weibe, erschienen sind, so bedeutet doch das vorliegende gediegene Buch eine wesentliche Bereicherung der Literatur, beruht es doch auf einer 9jährigen reichen klinischen und didaktischen Thätigkeit. Es ist ein zuverlässiger Führer für den Anfänger, ein guter Berather für den Fortgeschritteuen. Der 1. Theil beschäftigt sich auf das Eingehendste mit der Technik der Cystoskepie, bringt auch die neuesten Dinge, wie Chromo- und Orthocystoskopie, welche letztere, eine merkwürdig späte und doch so naheliegende, einfache und nothwendige Erfindung, wohl eine grosse Zukunft haben dürfte. Wieviel einfacher und sicherer die Beurtheilung der Blasenbilder und auch der Ureterenkatheterismus im aufrechten Bilde ist, kann *Ref.* selbst bestätigen. Der 2. Theil handelt über den Ureterenkatheterismus, seine Technik, seine diagnostische und therapeutische Bedeutung. K. hat beim Weibe nie das Bedürfniss empfunden, ein Cystoskep mit doppeltem Katheter anzuwenden, hält überhaupt dafür, dass sehr oft der zweite Ureter überflüssiger Weise katheterisirt wird. Ein kleiner Abschnitt behandelt die funktionelle Nierendiagnostik, deren Werth K. zur Zeit noch nicht allzu hoch einschätzt. Ferner werden ausführlich besprochen die Urethroskopie, die direkte Cystoskopie nach Kelly u. A., sowie kurz die verschiedenen Arten von Operationcystoskopen und die endovesikalen Eingriffe. Der 3. Theil ist der Pathologie gewidmet: die Lageveränderungen der Blase, die Erkrankungen der Blase im Kindesalter, in der Schwangerschaft, im Wochenbett und im Greisenalter werden abgehandelt, sodann sehr ausführlich die akuten und chronischen Cystitiden, ferner Fremdkörper und Geschwülste der Blase, die peri- und paracystischen Erkrankungen, die postoperative Blase, sowie die Urinfisteln. Den Schluss bildet die Pathologie des Ureters und der Nieren einschliesslich der Tuberkulose.

Das Buch kann nicht nur jedem modernen Gynäkologen, sondern auch dem Urologen auf das Angelegentlichste empfohlen werden. Die Abbildungen sind vorzüglich. R. Klien (Leipzig).

17. **Geburtshülfliche Therapie einschliesslich der Operationen.** *Für Aerzte und Studirende;* von Dr. Constantin J. Bueura. Leipzig u. Wien 1908. Franz Deuticke. 8. X u. 266 S. mit 44 Abbild. im Text. (6 Mk.)

Das Buch ist in erster Linie dem praktischen Arzte zugedacht; er soll darin finden, was ihm nachzuschlagen oft Schwierigkeiten macht, denn die specielle Therapie sei in den Lehrbüchern, wie nicht anders möglich, nur kurz behandelt und gerade auf die Behandlung der einzelnen Erkrankungen und Abnormitäten hat B. ein besonderes Gewicht gelegt. Für den Studirenden ist auch die Propädeutik mit aufgenommen, und manchmal war es auch unvermeidlich, auf Diagnose und Pathologie einzugehen, so z. B. beim engen Becken.

Das Buch giebt die in der Chrobak'schen Klinik übliche Behandlung in prägnanter Darstellung wieder und ist jedem Praktiker zu empfehlen. R. Klien (Leipzig).

18. **Das enge Becken.** *Eine Studie über den Geburtverlauf und die Indikationen zu operativen Eingriffen;* von Privatdoc. Dr. H. Peham in Wien. Mit einem Vorworte von R. Chrobak. Wien u. Leipzig 1908. Alfred Hölder. Gr. 8. XV u. 209 S. (5 Mk. 40 Pf.)

P. berichtet über 975 Geburten bei engem Becken, die in den 4 Jahren 1903—1906 unter insgesammt 13000 Entbindungen in der Chrobak'schen Klinik beobachtet wurden. Um ein möglichst einheitliches Urtheil über den Geburtverlauf beim engen Becken zu erhalten, hat P. von diesen 975 Geburtfällen die unregelmässig verengten und osteomalacischen Becken, sowie ferner die Fälle, in denen das enge Becken complicirt war mit Anomalien der Placenta, Eklampsie oder sonstigen schweren Organerkrankungen der Mutter, von der Betrachtung ausgeschieden. Es blieben danach noch 885 Geburtfälle, davon waren 641 Spontangeburten und 244 operative Geburten. P. theilt seine Fälle je nach dem Grade der Verengerung in 4 Gruppen ein: 1) Conj. vera 10—9.5 cm: 330 Fälle mit 294 Spontangeburten, 2) Conj. vera

9.4—8.6 cm: 324 Fälle mit 248 Spontangeburten, 3) Conj. vera 8.5—7.6 cm: 181 Fälle mit 92 Spontangeburten, 4) Conj. vera 7.5—6.0 cm und darunter: 50 Fälle mit 7 Spontangeburten.

Die Häufigkeit der einzelnen Operationen giebt ein gutes Bild der in der Chrobak'schen Klinik befolgten Grundsätze. Von den 244 operativ beendigten Geburten entfallen auf die einzelnen Operationen: Sectio caesarea 31, Laparotomie bei Uterusruptur 1, Hebosteotomie 1, hohe Zange 27, Zange 29, Wendung bei Querlage 28, Wendung bei Kopflage 38, Kraniotomie 56, Dekapitation 2, Herabholen des Fusses bei Beckenendlage 18, Extraktion bei Beckenendlage 4, künstliche Frühgeburt 5 und künstlicher Abortus 4 Fälle.

Für die *Hebosteotomie* kann sich Chrobak nicht begeistern. „Normale Becken oder solche mit einer Conj. vera von 9—9½ cm zu durchsägen und, wenn es sich auch um eine Erstlingsoperation eines jungen Assistenten handelt (Klinik Bumm), daraus die Leistungfähigkeit der Hebosteotomie, aber auch die Nothwendigkeit derselben bei den geringen Graden der Beckenverengerung ableiten zu wollen, wo in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei einiger Geduld schliesslich die Geburt spontan endigen würde, dafür konnte sich unsere Klinik nie erwärmen." „Wegen der grossen Gefahren von Zerreissungen und der Möglichkeit von schweren Complikationen erfordert die Ausführung derselben nicht nur vollendete chirurgische Technik des Operateurs, sondern auch den ganzen grossen Apparat zur Blutstillung, und es soll aus diesem Grunde die Operation einer gut eingerichteten Anstalt vorbehalten bleiben, nachdem nicht einmal dort eine Verblutungsgefahr ganz ausgeschlossen ist (v. Rosthorn), viel weniger im Privathause oder gar erst auf dem Lande. Vereinzelte gelungene Fälle zeigen zwar von einem gewissen Geschick, aber von einem noch grösseren Glück des betreffenden Operateurs, sie berechtigen aber durchaus nicht zu einer anpreisenden Empfehlung für alle Aerzte, eben so wenig wie ein glücklich verlaufener Kaiserschnitt unter ungünstigen äusseren Umständen, da das immer Seltenheiten bleiben werden."

„Für den praktischen Arzt wird vorläufig wohl als Methode der Wahl bei den höheren Graden von engem Becken die künstliche Frühgeburt zurechtbestehen bleiben müssen, worauf auch am letzten Kongresse von Fehling, Küstner, Pfannenstiel, Werth u. A. im Gegensatze zu Stöckel, Bumm und Seeligmann hingewiesen wurde; am Ende der Schwangerschaft wird die prophylaktische Wendung oder, wenn diese nicht mehr ausführbar wäre, ein vorsichtiger hoher Zangenversuch, bei Misslingen desselben aber die Perforation selbst des lebenden Kindes zu empfehlen sein."

Es ist leider nicht möglich, auf die vielen interessanten Einzelheiten hier näher einzugehen. Aus den angeführten Sätzen allein geht aber schon hervor, dass die verdienstvolle, überaus mühsame Arbeit P.'s ein gesundes Gegengewicht gegen die hyperaktiven Bestrebungen des letzten Jahrzehnts darstellt. *Ref.* kann das Buch nur empfehlen, zumal es auch ein ausserordentlich grosses Material kritisch gesichtet und übersichtlich geordnet darbietet. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

19. **Alte und neue Gynäkologie.** *Herrn Geheimrath Prof. Dr. Franz Ritter v. Winckel zur Feier seines 70. Geburtsfestes überreicht* von den Aerzten der kgl. gynäkol. Universitätspoliklinik im Reisingerianum zu München; herausgeg. von Prof. Dr. Gustav Klein. München 1907. J. F. Lehmann's Verlag. Gr. 8. 174 S. mit 30 Abbild. im Text u. 5 Tafeln. (12 Mk.)

Die prächtig ausgestattete Festgabe zu von Winckel's 70. Geburtstage enthält in ihrem ersten Theile (p. 1—42) 3 historische Abhandlungen, in ihrem zweiten Theile (p. 43—174) 11 Arbeiten aus der von G. Klein geleiteten gynäkologischen Poliklinik.

1) Gustav Klein: *Bildliche Darstellungen der weiblichen Genitalien vom 9. Jahrhundert bis Vesal*, mit 25 Abbildungen im Text und 3 Tafeln (p. 1—20). Kl. beginnt mit einer Abbildung des Uterus aus der Brüsseler Moschionhandschrift des 9. oder 10. Jahrhunderts und giebt weiterhin vorzügliche Reproduktionen einer ganzen Reihe historisch interessanter Darstellungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Erwähnt sei hiervon besonders das Titelbild zu Vesal's Fabrica corporis humani, das auf einer Doppeltafel sehr gut wiedergegeben ist.

2) Adolf Stoecker und Gustav Klein: *Eine spanische Abhandlung über Zeugung und Schwangerschaft aus dem Jahre 1495* (p. 21—31). Zu den ältesten Druckwerken, in denen die Physiologie der Zeugung und der Schwangerschaft abgehandelt ist, gehört der berühmte Faseiculus medicinae des Johannes de Ketham. de Ketham war ein deutscher, zu Ende des 15. Jahrhunderts in Italien lebender Arzt, der eine Sammlung gangbarer ärztlicher Schriften der damaligen Zeit für den Gebrauch des Praktikers veranstaltete. Das 9. Traktat der spanischen de Ketham-Ausgabe von 1495 hat Stoecker in das Deutsche übertragen; es handelt von der Zeugung oder Bildung und ist in 8 einzelne Capitel eingetheilt, „damit es besser dem Gedächtniss eingeprägt wird". Die charakteristischen Ueberschriften der ersten 2 Capitel seien hier angeführt: 1. Capitel, vom Sperma oder Ferment, von dem der menschliche Körper gebildet wird. 2. Capitel, in dem gezeigt wird, wie die Mischung geschieht oder die Vereinigung der beiden Samen, nämlich des Mannes und der Frau auf dem Felde der Natur, nämlich dem Uterus der Frau.

3) Gustav Klein: *Von berühmten Geburtshelfern des 16. und 17. Jahrhunderts* (p. 33—42). Kl. theilt zunächst aus dem in seinem Besitze be-

Digitized by Google

findlichen Originale die Beschreibung der Wendung von Ambroise Paré (1510—1590) mit, berichtet dann über den mit grösster Heftigkeit geführten wissenschaftlichen Streit zwischen François Mauriceau und Philippe Peu (1694) und giebt schliesslich aus Mauriceau's „Observations" den wörtlichen Abdruck der Beschreibung des berühmt gewordenen ersten Zangenversuches, den Chamberlen im August 1670 in Mauriceau's Klinik mit so schlechtem Erfolge anstellte. Es handelte sich bekanntlich um ein enges Becken, das jeden Versuch einer Zangenextraktion des Kindes vereitelu musste.

4) Erich Aulhorn: *Ergebnisse der Blutuntersuchungen in der Gynäkologie* (p. 43—53). A. hat bei 87 *Myom*kranken Blutuntersuchungen angestellt und ist dabei zu folgendem Ergebnisse gekommen: In 55% der Fälle fand sich eine Verminderung des Hämoglobingehaltes, diese zeigte sich auch bei Kranken ohne stärkere Blutungen. A. schliesst daraus, dass Myome nicht nur durch die Blutungen, sondern auch direkt durch ihre Stoffwechselprodukte schädlich auf den Körper, speciell auf den Hämoglobingehalt des Blutes einwirken künneu. Die Erythrocytenzahlen laufen annähernd parallel mit dem Hämoglobingehalte. Weitere Blutuntersuchungen hat A. angestellt in 29 Fällen von Ovarialkystom, 28 Fällen von Uteruscarcinom, 8 Fällen von Pyosalpinx und je 6 Fällen von Tubengravidität, chronischer Appendicitis und Fibrosis utori. Die Resultate der bei diesen Kranken ausgeführten Untersuchungen ergaben nichts Neues und bestätigten lediglich die Angaben von Leisewitz (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LVI. 1905.)

5) Erich Aulhorn: *Ein Fall von malignem Chorionepitheliom* (p. 55—61).

25jähr. Kellnerin, am 20. Aug. 1905 Niederkunft, seitdem fortgesetzt Blutungen aus den Genitalien. Am 15. Nov. 1905 Aufnahme in die Klinik wegen eines von der vorderen Vaginalwand ausgehenden höckerigen, ulcerirten Tumor, der 3 cm breit und fast 5 cm lang die grossen Labien auseinanderdrängte. Exstirpation des Tumor, der sich als typisches malignes Chorionepitheliom erwies. Curettement der Uterushohle ergab nichts Besonderes. Glatte Wundheilung. Vom 12. Tage an Gehirnerscheinungen. Am 19. Tage nach der Operation Aufnahme in die psychiatrische Klinik; dort Ende Januar 1906 Tod. Die *Sektion* ergab Chorienepitheliommetastasen im Gehirn, in beiden Ovarien, in der Leber und Lunge und einige kleine Nester in der Uterusmuskulatur.

6) Reinhard Benndorf: *Silkwormgut zur Fascienaht bei Laparotomien* (p. 63—79). Um über Klein's Nahtmethode und ihre Dauererfolge ein abschliessendes Urtheil zu gewinnen, stellte B. alle Laparotomien zusammen, die in einem Zeitraume von ca. 2 Jahren von Klein und dessen Assistenten ausgeführt sind. Bei allen wurde in dieser Frist die gleiche Nahtmethode angewendet: 1) Peritonaeum mit fortlaufender Catgutnaht vereinigt; 2) Silkknopfnaht der Fascien, theilweise auch die Musculi recti mitfassend; 3) Silkknopfnaht der Haut.

Von 176 Frauen zeigten 142 Heilung per primam, d. h. ohne jede Spur von Eiterung geheilte Wunden. Von 178 Frauen hatten 168 keine Hernie nach einer Beobachtungsfrist von $^1/_2$ bis $4^1/_2$ Jahren.

B. kommt zu dem Schlusse, dass die Silk-Fasciennaht zu den brauchbarsten Nahtmethoden gehört, um primäre Heilung und Schutz gegen Bauchhernien zu erzielen. Den wichtigsten Theil der Bauchnaht bilden aber Asepsis und exakte Schichtnaht.

7) H. Eltze: *Poliklinische Erfahrungen über Heissluftbehandlung* (p. 81—102). E. findet, dass die Heissluftbehandlung bei allen subakuten und chronischen Erkrankungen des Beckenperitonaeum, des Beckenbindegewebes, der Adnexe und des Uterus mit Erfolg ausgeübt werden kann. Contraindikationen sind schwere Herzfehler, hohes Fieber, Tuberkulose, Gravidität und akute eiterige Processe. „Die subjektive Besserung ist oft grösser, als die objektiv nachweisbaren Veränderungen der Schwielen, Verwachsungen, Verdickungen u. s. w. Wenn irgend möglich, soll die Behandlung eine klinische sein oder es soll doch thunlichst den Kranken jede körperliche Anstrengung, Durchnässung, Erkältung u. s. w. erspart werden."

8) H. Eltze: *Die Behandlung mit Röntgenstrahlen bei einigen gynäkologischen Erkrankungen* (p. 103—112). „Kauterisirte Carcinome und frühzeitig belichtete Recidive nach Cöliotomien werden durch die Röntgenstrahlen in ihrer raschen Ausbreitung gehemmt. Schmerzen und Jauchung werden während der Behandlungsdauer vermindert, erfordern aber doch oft gleichzeitige Darreichung schmerzmildernder Medikamente und desinficirender Scheidenspülungen." „Das den Carcinomherd umgebende Bindegewebe wird durch das Röntgenisiren derber, es bildet oft gleichsam einen Mantel oder Wall, der vielleicht dazu beiträgt, das Fortschreiten des Carcinoms eine Zeit lang zu hemmen." „Die Lebensdauer der Frauen mit inoperablem Collumcarcinom des Uterus kann dadurch vielleicht manchmal verlängert werden. Eine Heilung des Collumcarcinoms des Uterus trat durch das Röntgenisiren nicht ein." „Die Röntgenstrahlenbehandlung bei Pruritus vulvae verspricht, wenn auch nicht endgültige Heilung, so doch Besserung des Leidens, wie sie in einem Falle durch jede andere Therapie, selbst durch die Operation nicht erreicht worden war."

9) Mally Kachel: *Zur Prognose der Ovarialtumoren* (p. 113—137). K. berichtet über 130 Fälle von Ovarialtumoren, die theils aus der Privatpraxis von Klein und theils aus der Münchener gynäkologischen Universitätpoliklinik stammen. Von 100 benignen Fällen hatten 87 einen vollkommen glatten Operationverlauf. Die Prognose der Ovariotomie bei malignem Charakter des Tumor ist nach K. eine fast durchweg sehr schlechte; aussichtlos für eine Dauerheilung war die Operation von vorn-

Digitized by Google

herein in 24 von 30 Fällen. Im Laufe der 2 ersten Jahre nach der Operation maligner Ovarialtumoren starben von 30 Kranken 24, also 80%; von den übrig bleibenden 6 Kranken war auch schon eine Anzahl durch Recidive unrettbar verloren.

Nach K. kann die Prognose der Operation nur gebessert werden durch frühzeitiges Operiren *jedes* Ovarialtumors; denn es giebt kein sicheres Kennzeichen dafür, ob ein Ovarialtumor gut- oder ganz oder theilweise bösartig ist.

K. giebt schliesslich eine tabellarische Uebersicht einerseits über die Ovariotomien, andererseits über die Todesfälle.

10) Th. Petri: *Prolaps-Operationen und ihre Dauererfolge* (p. 139—150). P. berichtet über 75 Fälle aus den Jahren 1893—1905. Die Kolpoperineorrhaphie wurde 10mal, die Kolporrhaphia anterior + Kolpoperineorrhaphie 39mal, die Kolpoperineorrhaphie + Kolporrh. anterior + Ventrifixura uteri 23mal und die Totalexstirpation des Uterus 3mal ausgeführt.

Aus P.'s Statistik geht hervor, dass die Scheiden- und Dammplastik allein nicht immer genügt, um Recidiven des Scheiden- und Utorusvorfalls vorzubeugen. In einem Drittel der Fälle treten Recidive ein. Bei Unverheiratheten und bei Frauen nach der Klimax lässt sich nach P. ein besserer Dauererfolg durch sehr starke operative Verengerung der Scheide erzielen, was allerdings unthunlich ist, wenn die Möglichkeit der Cohabitation und der nachfolgenden Schwangerschaft erhalten bleiben soll. Die Ventrifixur nach Olshausen ergab nach P. zufriedenstellende Resultate.

Den Schluss der Abhandlung bildet eine tabellarische Uebersicht über alle Fälle.

11) Prof. Sakurai aus Nagasaki: *Der Unterschied in der Geburtsdauer bei japanischen und europäischen Frauen* (p. 151—154). S. hat in 13 Jahren 172 Geburten bei Europäerinnen und 545 Geburten bei Japanerinnen beobachtet. Die durchschnittliche Geburtdauer bei Europäerinnen betrug bei Erstgebärenden $21^1/_4$, bei Mehrgebärenden $11^3/_4$ Stunden; bei japanischen Erstgebärenden dagegen nur $16^1/_2$ Stunden, bei Mehrgebärenden $10^1/_4$ Stunden. Der Hauptunterschied fällt in die 1. Geburtperiode. Diese Unterschiede sind nach S. durch folgende Momente bedingt: durch Körpergrösse, durch die verschiedene Länge der Scheide, durch die Verschiedenheit der Beckenneigung, durch die grössere Schmerzempfindung der Europäerinnen und durch die Bauchpresse.

Die Japanerin ist durchschnittlich um 10 kg leichter als die Europäerin. Die Scheidenlänge beträgt bei der Europäerin 8.5—9.5 cm, bei der Japanerin 6.5—7.5 cm. Die Beckenneigung beträgt im Stehen bei der Europäerin 55—60°, bei der Japanerin 40—50°.

12) Gustav Klein: *Retroflexio uteri, Pessarbehandlung und Dysmetropexie* (p. 155—165). Kl.'s Statistik umfasst 4750 Privatpatientinnen, davon litten 526 an Retroflexio uteri, und zwar 362 oder 69% an mobiler und 164 oder 31% an fixirter Retroflexio uteri. Kl. fasst seine Resultate in folgenden Sätzen zusammen:

„Die Häufigkeit der Retroflexio-versio uteri beträgt 10—25% bei Frauen, welche den Gynäkologen aufsuchen. Die Zahl der *absoluten Heilungen* der Retroflexio-versio nach Pessarbehandlung schwankt zwischen 5 und 24% der Fälle. Im Durchschnitt ergiebt die Zahl der *absoluten Heilungen* etwa 12%, das kann als *Bankerott der Pessar-Therapie* bezeichnet worden. Die mobile Retroflexio ersten und zweiten Grades ist meist belanglos, ja sie kann für ihre Trägerin als die normale Lage bezeichnet werden; die angeblichen *„Retroflexionssymptome"* haben meist andere Ursachen. Die mobile Retroflexio ersten und zweiten Grades bedarf deshalb keiner Behandlung.

Berechtigt ist ein Versuch der Pessartherapie: 1) bei nicht fixirter Retroflexio 3. Grades, wenn sie Beschwerden macht, die mit Wahrscheinlichkeit nicht von anderen Störungen herrühren, 2) bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata, 3) bei Sterilität der Ehe, für welche andere Ursachen nicht aufzufinden sind."

Die *Indikation zur Metropexie* ist bei mobiler Retroflexio noch weiter einzuschränken; vor Ausführung der Metropexie wegen Retroflexio allein muss die Allgemeinbehandlung, die orthopädische (Pessar-)Therapie und die sorgfältige Behandlung anderer Erkrankungen, besonders lokaler Entzündungsreste, versucht worden sein. *Die Metropexie führt häufig zur Dysmetropexie.*

13) Gustav Klein: *Scopolamin-Dämmerschlaf und Spinal-Anästhesie bei gynäkologischen Operationen* (p. 167—174). Kl. fasst seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen:

„Dämmerschlaf und Spinalanästhesie sind besonders dann indicirt, wenn die Inhalationsnarkose contraindicirt ist. Dämmerschlaf und Spinalanästhesie, getrennt oder vereinigt, helfen Chloroform und Aether in der einen Reihe ganz entbehren, in der anderen Reihe sparen. Spinalanästhesie allein eignet sich in der Gynäkologie besonders für Scheiden-, Damm- und Vulva-Plastiken, sowie für Cölotomien ohne starke Zerrungen oder Verwachsungen des Uterus und der Adnexe. Bei ängstlichen Kranken ist die Combination von Dämmerschlaf und Spinalanästhesie angezeigt. Bei nothwendiger starker Zerrung des Uterus und der Adnexe, also besonders bei vaginaler Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe oder bei abdominaler Operation stark adhärenter Adnexe (Pyosalpingektomie u.s.w.) kann zwar Inhalationsnarkose nöthig sein, aber durch Dämmerschlaf und Spinalanästhesie, getrennt oder combinirt, Chloroform und Aether erheblich gespart worden."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

20. **Differentialdiagnose der Anfangsstadien der akuten Exantheme.** *Für Aerzte, besonders Amtsärzte;* von Prof. Dr. A. Tobeitz in Graz. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. Gr. 8. 104 S. (2 Mk. 20 Pf.)

Gerade für die akuten Exantheme ist die genaue Kenntniss der Anfangstadien von hervorragender praktischer Wichtigkeit, da Fehldiagnosen nur zu leicht zum Ausbruche einer Epidemie führen können. T. hat überaus gründlich die Differentialdiagnose aller in Betracht kommenden Erkrankungen in einer Weise behandelt, die rasch die Unterscheidungsmerkmale der einzelnen Erkrankung von allen übrigen in's Gedächtniss zurückruft. Für die zusammenhängende Lektüre musste es dabei zu ermüdenden Wiederholungen kommen. Aber für den praktischen Gebrauch ist die Manier sehr brauchbar. Denn sie erspart im Augenblicke der Unsicherheit unbequemes Nachschlagen und Herumsuchen. Das Buch kann den praktischen Aerzten als gut empfohlen werden. Brückner (Dresden).

21. **Die Lehre von der Intubation;** von Prof. Dr. J. von Bókay. Leipzig 1908. F. C. W. Vogel. Gr. 8. XII u. 250 S. mit 113 Abbild. u. 2 Tabellen im Text. (10 Mk.)

In der gross angelegten Arbeit, der umfangreichsten, die über die unblutige Behandlung der Kehlkopfstenose bisher erschienen ist, hat v. B. O'Dwyer dem grossen, nun bereits vor 10 Jahren heimgegangenen Meister ein schönes, bleibendes Denkmal gesetzt. Dazu war v. B. berufen, wie kaum ein zweiter. Er hat mit in erster Linie der Intubation in Europa Eingang verschafft und am Ausbau der Methode eben so unermüdlich wie erfolgreich mit- und weitergearbeitet. So muss es ihm die Aerzteschaft Dank wissen, dass er seine 17jährige, sich über 2000 Intubationen erstreckende Erfahrung zusammengefasst, kritisch verarbeitet und im Verein mit dem sonst vorliegenden Materiale in gründlichster und erschöpfender Weise verarbeitet hat. Dabei tritt überall die Verehrung und Schätzung für den grossen Erfinder in wohlthuender Weise zu Tage. Das vom Verlage auf's Beste ausgestattete Buch kann allen Denjenigen, die sich mit der Intubation befassen, auf das Angelegentlichste empfohlen werden. Sie werden auf alle Fragen eine gewissenhafte Antwort bekommen. Das einige Hundert Nummern umfassende Literaturverzeichniss ist eine wahre Fundgrube.

Brückner (Dresden).

22. **Lehrbuch der Säuglingskrankheiten;** von Prof. Dr. med. et phil. Heinrich Finkelstein. II. Hälfte. 1. Abtheilung. Berlin 1908. Fischer's med. Buchh. (H. Kornfeld). Gr. 8. S. 1—160. (4 Mk.)

Der mit Spannung erwartete II. Band des hier früher bereits angezeigten F.'schen Lehrbuches der Säuglingskrankheiten ist nach langer Pause im ersten Abschnitte erschienen und wird von den Aerzten oben so freudig begrüsst werden, wie der Vorgänger. F. behandelt darin die Erkrankungen der Athmungsorgane, der Schild- und Thymusdrüse, den Status lymphaticus, die Störungen des Herzens. Von den Erkrankungen der Verdauungsorgane werden dargestellt die Krankheiten des Mundes und des Rachens und die örtlichen Erkrankungen des Magendarmkanals. Auch diese Arbeit zeigt die Vorzüge F.'scher Darstellung: feinste klinische Beobachtung, wohlbegründete, praktisch gut durchführbare Rathschläge, verblüffende Literaturkenntniss, fliessende Diktion. Möge der Abschluss des Buches nicht allzu lange auf sich warten lassen!

Brückner (Dresden).

23. **Transactions of the American pediatric Society.** *Nineteenth Session*, held at the Arlington Hotel, Washington, on May 7, 8 and 9 1907. Edited by Linnäus Edford La Fetra. Volume IX. Reprinted from Archives of Pediatrics 1907—1908. New York 1908. E. B. Treat a. Co. Publishers.

Der vornehm ausgestattete Band giebt Zeugniss von dem ernsten wissenschaftlichen Streben der amerikanischen Kinderärzte. Von den 27 Vorträgen, auf die wir zum Theil noch einzeln zurückkommen werden, interessiren uns in Deutschland wohl die über Säuglingsernährung am wenigsten. Denn sie bedeuten keinen Fortschritt. Wohl aber ist uns eine ganze Reihe anderer willkommen wegen der interessanten und werthvollen Casuistik.

Brückner (Dresden).

24. **Ueber das Verhalten hämolytischer Serumstoffe beim gesunden und kranken Kind;** von Dr. Ernst Moro. Wiesbaden 1908. J. F. Bergmann. 8. 100 S. mit 15 Abbildungen im Text. (2 Mk. 80 Pf.)

Die zuerst von Marfan und Escherich geäusserte Vermuthung, die Muttermilch könne Stoffe enthalten, die nach Art der Fermente die Assimilation erleichtern („Stoffwechselfermente", „Nutzstoffe"), regten Pfaundler und seine Mitarbeiter zu weiterer Forschung an. Pfaundler warf die Frage auf, ob nicht dem Säuglinge mit der Milch Complement zugeführt werde, das nach der Ehrlich'schen Theorie die Lösung des an die Zellen verankerten Nährstoffmoleküls bewirkt. Da eine sinnfällige Reaktion der Tropholyse nicht bekannt ist, soll die Hämolyse zum Studium dieser Fragen benutzt werden und aus den Ergebnissen ein Schluss auf die intracelluläre Verdauung, die Tropholyse gezogen werden. Solche Studien über die Hämolyse hat Moro in der Pfaundler'schen Klinik ausgeführt. Die wichtigsten Ergebnisse der mühsamen Untersuchungen, über deren Technik das Original einzusehen ist, sind folgende: Die hämolytische Kraft vom Serum des gesunden Erwachsenen gegenüber Hammelblutkörperchen ist

Digitized by Google

nur geringen Schwankungen unterworfen. Neugeborene besitzen kein hämolytisch wirksames Blut, während das fötale Serum die Haptine zur Hammelblutbiolyse besitzen kann. Es ist nicht Complementmangel, sondern Mangel an natürlichen Zwischenkörpern, der die Hämolyse beim Neugeborenen vermissen lässt. Während des späteren Säuglingsalters zeigen Flaschenkinder im Anfange niedrigere Complementwerthe als Brustkinder. Es giebt aber eine Anzahl von Flaschenkindern, die „auf Grund einer guten natürlichen Veranlagung schon vom ersten Tage an befähigt sind, hinreichend Complement zu bilden". Bei kranken Kindern jenseits des Säuglingsalters wurde die hämolytische Wirkung des Serum nach Infektionen höher gefunden, als nach anderen Erkrankungen. Der Complementreaktion kommt eine prognostische Bedeutung zu. Denn gute Complementbildner genesen leichter als schlechte. Magendarmkranke Säuglinge haben entweder einen sehr hohen oder einen sehr niedrigen Gehalt an Complement. Letzteren findet man bei Kindern, die trotz rationeller (künstlicher) Ernährung nicht vorwärts kommen, ersteren bei Säuglingen im Stadium der alimentären Intoxikation, sowie bei solchen, die nach Ausschaltung der vorhanden gewesenen alimentären Schäden gut gedeihen. Kochsalzinfusion schien in gewissen Fällen eine Steigerung des humoralen Complementgehaltes zur Folge zu haben. Wo diese Reaktion ausblieb, war der weitere Verlauf ein ungünstiger.

So vorsichtig man auch in der Deutung der hochinteressanten Befunde wird sein müssen, des Eindruckes kann man sich nicht erwehren, dass die biologische Forschung vielleicht noch manches Räthsel der Säuglingspathologie lösen kann, demgegenüber die rein chemische Arbeit versagt. Wie immer auch das Endergebniss sein mag, Pionierarbeit geleistet zu haben, wird immer ein Verdienst M.'s bleiben als Lohn für seine mühsame Arbeit.

Brückner (Dresden).

25. **Grundriss der Kehlkopfkrankheiten und Atlas der Laryngoskopie;** von Dr. L. Grünwald in Reichenhall-München. [Nr. 14 der Handatlanten.] 2., vermehrte u. umgearb. Auflage. München 1907. J. F. Lehmann's Verl. Mit 112 farbigen u. 26 schwarzen Abbildungen. (10 Mk.)

Nach 10 Jahren erscheint der Gr.'sche Grundriss in zweiter und umgearbeiteter Auflage. Die Anzahl der Abbildungen ist nur um wenige vermehrt, da die in der ersten Auflage gebotenen für den Praktiker genügten. Ein Bild fällt unter den schwarzen Abbildungen dem *Ref.* auf, das eines auf einem *Stativ* befestigten Reflektors. Ob es praktisch ist, solch' ein altes Modell in neuem Gewande wieder zu empfehlen, scheint dem *Ref.* fraglich. Die Anordnung des Grundrisses und Atlas ist in der zweiten Auflage eine andere als in der ersten, da in den befehrenden Text, der in der ersten Auflage dem Atlas in toto vorausgeschickt war, ein grosser Theil der farbigen Tafeln eingefügt ist.

Der Praktiker wird den Grundriss, nebst Atlas gern zur Hand nehmen, darin Rath suchen und ihn auch finden. Hoehheim (Halle a. d. S.).

26. **Sprachstörungen und Sprachheilkunde.** *Beiträge zur Kenntniss der Physiologie, Pathologie und Therapie der Sprache;* von Dr. H. Gutzmann in Berlin. Berlin 1908. S. Karger. 8. 189 S. mit 15 Abbild. u. 1 Porträt. (5 Mk.)

Das Buch ist ein Sonderabdruck aus der Monatsschrift für Sprachheilkunde (Bd. XVII); es ist eine Festschrift für den Taubstummen- und Sprachlehrer Albert Gutzmann zu dessen 70. Geburtstage. Sie ist von Schülern und Verehrern abgefasst, in deren Arbeiten überall die Dankbarkeit gegen den Lehrer durchblickt. Die Verfasser sind Aerzte und Lehrer des In- und Auslandes, die alle dem Jubilar als Zeichen ihrer Hochachtung einen Aufsatz widmen. Der Herausgeber der Zeitschrift folgte der sehr beliebten Sitte, den Meister durch eine Sammlung von Aufsätzen über ein Thema, das er besonders gefördert hat, zu ehren.

Hoehheim (Halle a. d. S.).

27. **Schemata für Augenmuskellähmungen;** von Dr. E. Wölfflin in Basel. Wiesbaden 1907. J. F. Bergmann. Qu.-4. 25 Blatt in Mappe. (1 Mk. 30 Pf.)

Neun getreunte Vierecke, die wieder jedes in 12×12 kleinere Vierecke getheilt sind, und eine centrale rothe Marke aufweisen, sind bestimmt zur Einzeichnung der Stellung der Doppelbilder bei der Blickrichtung geradeaus, nach oben, nach unten, nach rechts, nach links, und nach oben rechts und links, und nach unten rechts und links. Nebenbei findet sich freier Raum mit dem Vordruck für das Datum, die Journalnummer, den Namen des Patienten, ausserdem für die Diagnose und für Bemerkungen. Die 25 Blätter stecken in einer Mappe von Briefumschlagform aus dickem Papier. Bei entsprechender Billigkeit dürften die Schemata sich zur leichten Orientirung und bequemen Demonstration der Muskelstörungen der Augen wohl eignen. F. Schoeler (Berlin).

28. **Die Phosphornekrose.** *Ihre Verbreitung in Oesterreich und deren Ursachen.* Bericht erstattet der internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz; von L. Teleky. Wien 1907. F. Deuticke. Gr. 8. 182 S. (4 Mk.)

In Oesterreich, wo die Verwendung des weissen Phosphors zur Zündhölzchenfabrikation noch nicht verboten ist, kommen noch viele Fälle von Phosphornekrose vor. Für die Zeit von 1896—1905 weisen die Berichte der Gewerbeinspektoren 75 Fälle nach, durch Erhebungen, die sich nur auf einen

Digitized by Google

Theil der Fabriken bezogen, konnte T. aber 156 Fälle feststellen, und er berechnet die Gesammtzahl der von 1896—1905 in Oesterreich vorgekommenen Nekrosefälle auf 350—400. Zu ihrer Verhütung wurden schon in den 40er Jahren des vorigen Jahrhunderts Verordnungen erlassen, die jetzt geltende Verordnung stammt aus dem Jahre 1885, ist aber eben so wenig zur vollen Durchführung gekommen, wie ihre Vorgängerinnen. Noch ungünstiger als in der österreichischen, scheinen die hygieinischen Verhältnisse in der ungarischen Industrie zu sein. Andere Länder, wie England, Belgien, Schweden und Norwegen haben Verordnungen, die weitergehend und besser sind als die österreichischen, die Erfahrung lehrt aber, dass es nicht möglich ist, durch sanitäre Maassregeln die Phosphornekrose zu unterdrücken, da sie sich namentlich bei zahlreichen und kleineren Betrieben nicht durchführen lassen. Wirksam ist nur ein Verbot, weissen Phospher zu verwenden, und ein solches hält T. auch für Oesterreich für nöthig und möglich. Woltemas (Solingen).

29. **Unsere Apotheker**; von Dimitrie Niculau in Bukarest. 1907. Mit 209 photograph. Bildern.

N., dem wir zahlreiche wissenschaftliche Abhandlungen auf pharmaceutischem Gebiete verdanken, hat sich der recht mühsamen Arbeit unterzogen, ein biographisches Lexikon aller Apotheker Rumäniens zusammenzustellen. Das Buch hat historisches Interesse, da diese Apothekergeneration es ist, die die moderne Pharmacie in Rumänien gegründet und zu einer hohen wissenschaftlichen und professionellen Bedeutung gebracht hat.

E. Toff (Braila).

30. **Medicinal-Bericht von Württemberg für das Jahr 1901 und 1902.** Im Auftrag des Königl. Ministeriums des Innern herausgegeben von dem Königl. Medicinal-Collegium. Stuttgart 1903 u. 1904. Jahrgang 1901 mit 6 Plänen u. 2 Uebersichten im Text. 172 S. Jahrgang 1902 mit 16 Abbildungen, 2 Uebersichtskärtchen im Text u. 2 Porträts. 189 S.

Die beiden Bände haben die gleiche Eintheilung und zerfallen in je 3 Hauptabtheilungen, deren erste die Landesgesetzgebung und allgemeine Verfügungen enthält, deren zweite die Medicinalverwaltung und deren dritte das öffentliche Gesundheitwesen behandelt. Die 2. Abtheilung bringt neben Personalien Berichte aus dem Medicinalcollegium und der Bezirksmedicinalverwaltung mit 2 Tabellen über die Geschäfte der Oberamtsärzte und der Gerichtsärzte. In der 3. Hauptabtheilung, öffentliches Gesundheitwesen, die in beiden Bänden ungefähr $^7/_8$ des Gesammtinhaltes umfasst, werden unter Beigabe reichlichen Tabellenmaterials das ärztliche und Hülfspersonal, die Nichtapprobirten, das Apothekenwesen, die Kranken- und Irrenanstalten, Sterblichkeit und Todesursachen einschliesslich epidemischer Krankheiten, Geburten und Hebammenwesen, Medicinalpolizei und Impfwesen behandelt. Bei der Medicinalpolizei werden behandelt die Verfehlungen gegen die Bestimmungen über die Ausübung der Heilkunde, gegen die Vorschriften über Geheimmittel, Arzneiverkauf u. s. w., gegen die Giftpolizei, und als Anhang Handel mit Arzneimitteln, Giften u. s. w. ausserhalb der Apotheken, öffentliche und private Erziehunginstitute, Bestattungswesen und Leichenpolizei, Gefängnisse und Strafanstalten, Schlachthäuser, öffentliche Wasserversorgung, Bau- und Wohnungspolizei, Arbeiter- und Armenquartiere, Abfallstoffe und Kanalisation. Impferfolge wurden erzielt bei den öffentlichen Impfärzten mit Lymphe aus den beiden Königl. Anstalten, Centralimpfanstalt und Impfanstalt Cannstatt 1901 = 99.01%, 1902 = 99.3%, bei Wiederimpfungen 1901 = 99.6%, 1902 = 99.6%. Weissenbern (Berlin).

31. **Zur Sanitätsstatistik der Garnison in Stockholm 1878—1902**; von C. Flensburg. Stockholm 1908. P. A. Norstedt o. Söner. 8. 161 S.

Nach Zusammenstellungen aus dem Stockholmer Garnisonlazareth hat die Morbidität und Mortalität der dortigen Garnison in dem behandelten Zeitraume bedeutend abgenommen, namentlich zeigt sich das bei dem Abdominaltyphus, der Lungentuberkulose und den venerischen Krankheiten. Der Alkoholismus ist so gut wie verschwunden.

Woltemas (Solingen).

32. **Dr. Martin Luther's Krankheiten und deren Einfluss auf seinen körperlichen und geistigen Zustand**; von Prof. Wilhelm Ebstein. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. Gr. 8. 64 S. (2 Mk.)

Luther ist viel krank gewesen und hat über seine Beschwerden vortreffliche Aufzeichnungen hinterlassen. E. glaubt die Erscheinungen in der Hauptsache auf eine „harnsaure Diathese" mit allen ihren Folgen und Ausdrucksformen zurückführen zu können.

Alles, was man über Luther hört, ist bedeutungsvoll und interessant, erschöpfend als „Pathographie" ist E.'s Schrift nicht. Dippe.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Dippe in Leipzig. — Verlag von S. Hirzel in Leipzig.
Druck von Otto Wigand m. b. H., Leipzig.

Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 300. **1908.** **Heft 2.**

A. Originalabhandlungen und Uebersichten.

Neuere Arbeiten über Tabes dorsalis.[1])

Von

Dr. **P. Moritz**

in Leipzig.

Allgemeines.

1) Eulenburg, Albert, Wesen u. Pathologie der Tabes. Wien. med. Wchnschr. LVI. 31. 1908.

2) Ferrier, David, On tabes dorsalis. Lancet March 31. April 7. 14. 1906.

(Drei ausgezeichnete Vorlesungen über Anatomie, Aetiologie und Pathogenese der wichtigsten Symptome.)

3) Gowers, William R., The dystrophy of tabes and the problem of trophic nerves. Brit. med. Journ. June 2. 1906.

4) Hunt, J. Ramsay, The relation of locomotor ataxia and paresis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 1. 1908.

(Tabes und Paralyse sind gleichartige Krankheiten, die sich nur durch verschiedene Lokalisation unterscheiden. Kein neues Beweismaterial.)

5) Lazarus, Paul, Die Ataxie. Sond.-Ausg. aus der „Real-Encyklopädie der ges. Heilkde." 4. Aufl. 22 S. 1908.

6) Williams, Tom A., The pathogenesis of tabes dorsalis. Lancet Sept. 19. 1908.

(Kurze Recapitulation der Lehre Nageotte's. Nichts Neues.)

Eulenburg (1) hat bei dem internationalen Congress in Lissabon Wesen und Pathologie der Tabes in einem Referate besprochen. Er verwirft die Friedreich-Erb'sche Auffassung der Ataxie und erklärt sich für die sensorische Theorie von Leyden's. Der Syphilistheorie gegenüber enthält er sich jeder eigenen Entscheidung. Er findet, dass die Polemik darüber „von beiden Seiten" wichtige neue Momente nicht zu Tage fördere. *Ref.* würde es für richtiger halten, zu sagen, dass in keiner anderen die Tabes berührenden Frage in den letzten Jahren soviel wichtige neue Momente zu Tage gefördert worden sind, wie in dieser, auch wenn man von den Ergebnissen der Serodiagnostik nach Wassermann, die es zur Zeit des Vortrages noch nicht gab, absieht. Von den Theorien Edinger's, Rosenbach's und Benedikt's hält E. keine für ausreichend, findet in ihnen aber etwas Gemeinsames, dem er selbst zuzustimmen scheint: die starke Betonung der angeborenen individuellen Anlage.

Gowers (3) bespricht in einer klinischen Vorlesung die Arthropathien. Er bestreitet das Vorhandensein besonderer trophischer Nerven und nimmt an, dass die trophischen Störungen der meisten Gewebe von den sensibelen Nerven abhängen, nur die der Muskeln von den motorischen. Auch die Arthropathien führt er ausschliesslich auf den Wegfall der Gelenksensibilität zurück. Als veranlassende Momente sieht er rheumatische Gelenkerkrankungen und leichte Traumen an. In Folge des fehlenden Schmerzes wird das Gelenk nicht genügend geschont. Therapeutisch empfiehlt er daher möglichste Ruhe und Fixation des Gelenkes durch elastische Binden.

Lazarus (5) hat eine kurze übersichtliche Darstellung der ganzen Lehre von der Ataxie gegeben. In der Frage nach der Entstehung der Ataxie vertritt er sehr entschieden die sensorische Theorie v. Leyden's und führt zu ihrer Unterstützung eigene, interessante Beobachtungen an, die er bei Vornahme von Medullaranästhesien und Lumbalelektrisationen zu therapeutischen Zwecken

[1]) Vgl. Jahrbb. CCLXXXIX. p. 13.

gemacht hat. Er konnte nachweisen, dass Ataxie der Beine auftrat, wenn durch die Lumbalinfusion nur die Sensibilität gelähmt wurde, während die Motilität erhalten blieb. Dieses erreichte er durch Infusion einer geringeren Stovaindosis als zur Anästhesirung gewöhnlich nöthig ist und dadurch, dass die Infusionskanüle nicht weit in den Arachnoidealsack vorgeschoben, das Narkoticum sehr langsam infundirt und der Kranke sofort auf den Rücken gelegt wurde. Bei direkter Elektrisation der Cauda equina durch Sondenelektroden, die auf dem Wege der Lumbalpunktion in den Subduralraum eingeführt werden, konnte er in einem Falle von tabischer Ataxie zwar lebhafte Zuckungen auslösen, doch fehlte dem Patienten vollkommen das Zuckungsgefühl, das normaler Weise sehr deutlich ist. L. sieht darin einen Beweis für die Beziehungen zwischen Ataxie und Muskelsensibilität.

Anatomisches.

7) Fischer, Oskar, Klinische u. anatomische Beiträge zur Frage nach den Ursachen u. der Bedeutung der cerebrospinalen Pleocytose (der Zellvermehrung im Liquor cerebrospinalis). Jahrbb. f. Psych. u. Neurol. XXVII. p. 313. 1906.

8) Henneberg, Ueber Seitenstrangerkrankung bei Tabes. Berl. Gesellschaft f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. Sitzung vom 11. Mai 1908. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. XXXI. 13. 1908.

9) Kämmerer, H., Tabes u. pseudocombinirte Strangsklerose. Münchn. med. Wchnschr. LIV. 29. 1907.

(Im Leben neben den typischen Symptomen der Tabes motorische Schwäche der Beine und Babinski'sches Zeichen. Anatomisch Degeneration der Hinterstränge und vom 2. Lenden- bis 2. Sacralsegment Faserschwund im Gebiete der Pyramidenseitenstränge, der sich nicht streng an dieses System hält und seine grösste Intensität in der Höhe des 4. Lendensegmentes erreicht. Wie die Degenerationen in den Seitensträngen, die den Eindruck von aufsteigenden machen, zu erklären sind, bleibt fraglich.)

10) Merzbacher, L., Die Beziehungen der Syphilis zur Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit und zur Lehre von der „meningitischen Reizung". Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. XXIX. p. 304. 352. 1906.

11) Perusini, Gaetano, Tabes dorsalis, Taboparalyse oder Myelitis? Ein Beitrag zum Studium der sehr rasch verlaufenden Formen von Tabes dorsalis. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. XIX. p. 544. 1906.

12) Rothmann, Max, Ueber eine tabesartige Erkrankung beim Affen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. XX. Erg.-H. p. 201. 1906.

13) Spielmeyer, W., Ueber das Verhalten der Neuroglia bei tabischer Opticusatrophie. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XLIV. p. 98. 1906.

14) Schröder, P., Ein Beitrag zur Histopathologie der Tabes dorsalis. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. XXIX. p. 585. 1906.

15) Schröder, P., Ueber eine Hinterstrang- u. Sehnervenerkrankung beim Affen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 1. 1908.

Henneberg (8) fand bei einer Pat., die den Symptomencomplex einer sehr vorgeschrittenen, typischen Tabes geboten hatte, anatomisch: abnorme Kleinheit des Rückenmarkes, sehr vorgeschrittene typisch tabische Hinterwurzel- und Hinterstrangdegeneration, Degeneration der Clarke'schen Säulen einschliesslich der Ganglienzellen, totale systematische Degeneration der Kleinhirnseitenstrangbahnen, etwas unregelmässige, nicht das ganze Areal einnehmende Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen bis zum unteren Cervicalmark. H. fasst die Degeneration im Seitenstrang als primär tabische auf. Klinisch waren die Seitenstrangsymptome durch die tabischen Symptome verdeckt.

Schröder (14) hat an Nissl-Präparaten in 5 Fällen von Tabes in der Pia und über den ganzen Querschnitt des Rückenmarkes gleichmässig, ohne Bevorzugung der Hinterstränge vertheilt Extravasate von Lymphocyten und Plasmazellen gefunden, die überall auf die Gefässscheiden beschränkt waren. Dieser Befund war am meisten ausgeprägt in einem ganz frischen Falle, in dem der Tod frühzeitig an Magencarcinom erfolgt war. Als Myelitiden können diese Fälle nach Sch. nicht aufgefasst werden wegen der Beschränkung der Infiltrate auf die Gefässscheiden und wegen ihrer Kleinheit. Er hält es nicht für ausgeschlossen, dass diese entzündlichen Erscheinungen allgemein bei Tabes vorkommen, aber wegen ihrer Geringfügigkeit in alten Fällen und aus anderen Gründen nicht beachtet worden sind. Ob sie etwas Wesentliches, insbesondere das Primäre des Krankheitprocesses, darstellen, will Sch. vorläufig nicht entscheiden. Bemerkenswerth ist noch die Uebereinstimmung mit den Befunden bei progressiver Paralyse, doch vermeidet es Sch., daraus auf eine Gleichheit des pathologischen Processes in beiden Krankheiten zu schliessen.

Ueber etwas Aehnliches berichtet Perusini (11). Auch in seinem Falle handelte es sich um eine Tabes mit sehr schnellem Verlauf. Die anatomische Untersuchung ergab neben Hinterstrangdegeneration, fraglicher Degeneration der Kleinhirnseitenstränge, leichter Meningitis und Zellenveränderungen in Vorder- und Hinterhörnern eine starke, aber auf das Gebiet der Hinterstränge beschränkte Infiltration hauptsächlich der Gefässscheiden, in geringerem Grade auch der Marksubstanz. Die Infiltrate bestanden aus Rundzellen und Körnchenzellen von verschiedener Grösse. Plasmazellen waren nach P.'s Ansicht nicht vorhanden. P. lehnt nach eingehender Erörterung der Differentialdiagnose eine Myelitis ab, lässt es aber unentschieden, ob eine Taboparalyse oder eine Tabes mit Infiltrat angenommen werden muss.

Merzbacher (10) behandelt eingehend die Frage, ob die Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit in allen Fällen durch eine Meningitis verursacht ist, wie vielfach, namentlich von französischen Forschern, angenommen wird. M. kommt auf Grund seiner eigenen klinischen Untersuchungen und einer kritischen Würdigung der umfangreichen Literatur zu dem Ergebniss, dass das Vorhandensein einer Meningitis für viele Fälle nicht erwiesen ist und dass die syphilitische Infektion als solche auf eine uns vorläufig noch unbekannte Art eine

Vermehrung der zelligen Elemente in der Spinalflüssigkeit veranlasst, ohne dass die Meningen dabei betheiligt zu sein brauchten. Von M.'s übrigen Ausführungen sind hier besonders diejenigen über den Zusammenhang zwischen Tabes, Meningitis und Lymphocytose bemerkenswerth, die er selbst in folgende Worte zusammenfasst: „Das Vorhandensein einer Lymphocytose ist bei Tabes fast ausnahmslos bestätigt worden, nicht bestätigt ist hingegen, dass die Tabes in derselben Häufigkeit von einer exsudativ-entzündlichen Meningitis begleitet wird — daraus folgt, dass nicht jede Lymphocytose, der wir im Verlauf der Tabes begegnen, nothwendiger Weise auf eine vorhandene Meningitis zurückgeführt werden kann; wir sind deshalb geneigt, auch hier auf dieselbe Ursache, die die Tabes charakterisirenden Veränderungen erzeugt, die Entstehung der Lymphocytose zurückzuführen — *nämlich auf die syphilitische Infektion.*"

Den Anschauungen Merzbacher's tritt Fischer (7) entgegen. F. verlangt, dass die Frage der meningealen Reizung nicht auf Grund klinischer Beobachtungen allein, sondern mit Hülfe controlirender anatomischer Untersuchungen beantwortet wird. F. hat deshalb selbst bei 20 Kr., zumeist Paralytikern und Taboparalytikern, kurz vor dem Tode Lumbalpunktionen gemacht und deren Resultat später durch die anatomische Untersuchung der Meningen ergänzt. Hierbei fand er, dass einer Zellenvermehrung in der Cerebrospinalflüssigkeit immer eine meningeale Infiltration der untersten Rückenmarksabschnitte — „Meningitis spinalis chronica inferior" — entspricht und dass sich diese Uebereinstimmung nicht nur auf den Grad beider Zustände, sondern auch auf das von Fall zu Fall wechselnde Verhältniss der betheiligten Zellenformen bezieht. Dagegen war der Zellengehalt der Spinalflüssigkeit von dem Infiltrationszustand der Meningen anderer Rückenmarkstheile und des Gehirns unabhängig. Aus diesen vergleichenden Untersuchungen gewinnt F. auch die Ueberzeugung, dass grosse, neben den Lymphocyten und Leukocyten in der Punktionflüssigkeit vorkommende Zellen, deren Herkunft in den Ausstrichpräparaten sich nicht erkennen lässt, als Plasmazellen anzusehen sind. Mit Rücksicht auf die Verschiedenartigkeit der Zellenarten, die bei der Zellenvermehrung in der Spinalflüssigkeit vorkommen, schlägt F. vor, statt von Lymphocytose von „Pleocytose" zu sprechen.

Spielmeyer (13) hat das Verhalten der Neuroglia bei tabischer Opticusatrophie an Weigert'schen Gliapräparaten untersucht. Er fand, dass im Nerven und im Tractus opticus die Art der Gliawucherung vollkommen der beim Untergang centraler Fasersysteme sonst beobachteten und von ihm selbst bei Tabes für die Hinterstränge beschriebenen entspricht. Dieses gilt auch für die Architektonik des gliösen Ersatzgewebes. Die Anordnung der Fasern zeigt, dass dabei, wie es Weigert bereits für das Wachsthum der Neuroglia unter normalen und pathologischen Verhältnissen gefunden hatte, vorwiegend statische Momente massgebend sind. Das eigentliche Bindegewebe ist an den Ersatzwucherungen auch betheiligt, dort tritt es gegenüber der Gliawucherung stark zurück. Sp. hat sodann auch einige Stellen der *primären optischen Centren* untersucht (eine systematische Untersuchung war aus Gründen der Conservirung nicht möglich). Der Typus der Gliawucherung war hier der gleiche, wie er sonst bei sekundären Kerndegenerationen gefunden wird: ein dichtes, vorwiegend von Astrocyten gebildetes Faserwerk. Besonders bemerkenswerth ist die Beobachtung einer Gliavermehrung im centralen Höhlengrau des 3. Ventrikels. Dieser Befund bestätigt die von Meeli an Markscheidenpräparaten gefundene Thatsache, dass auch das Höhlengrau ein centrales Endgebiet des Sehnerven ist. Ferner fand sich eine Vermehrung der Trabantenzellen und des von ihnen gebildeten, die Ganglienzelle einschliessenden Faserwerkes, woraus Sp. auf den Ausfall paracellulärer Nervengeflechte schliesst. Wichtig ist schliesslich der Befund vereinzelter „grosser Spinnenzellen mit balkigen Fortsätzen", die nach Alzheimer charakteristisch für primäre Erkrankungsvorgänge sind. Ihr Vorkommen legt also die Vermuthung nahe, dass die subcorticalen optischen Kernregionen auch in beschränktem Maasse centrale Wurzelgebiete für centrifugale Sehnervenfasern sind.

Tabesähnliche Erkrankungen beim Affen haben Rothmann und Schröder beobachtet. Bei dem Affen Rothmann's (12), der im Leben Sensibilität- und Coordinationstörungen geboten hatte, fanden sich Sehnervenatrophie und eine typische Hinterstrangsklerose, die sich aber von dem gewöhnlichen Befunde beim tabischen Menschen unterschied durch fast ausschliessliches Betroffensein der dorsalen Abschnitte der Hinterstränge, durch Freibleiben des Lendenmarkes, Freibleiben der Wurzeleintrittzone, ferner dadurch, dass die Degenerationen nicht der Vertheilung der hinteren Wurzelfasern im Rückenmark entsprachen und dass sie von den Gesetzen der sekundären Degeneration abwichen (Freibleiben des Lendenmarkes trotz schwerer Erkrankung der Goll'schen Stränge). R. bezeichnet die Erkrankung daher nur als „tabesartig".

Noch weniger stimmten die Befunde bei dem Affen Schröder's (13) mit denen der menschlichen Tabes überein. Der Affe war $^1/_2$ Jahr vor seinem Tod in der Neisser'schen Klinik mit Syphilis inficirt worden und war an Tuberkulose gestorben. Es handelte sich auch hier um Opticusatrophie und Degenerationen in den Hintersträngen und ausserdem im Marklager der Centralwindungen. Die genaue Untersuchung ergab aber, dass es herdförmige Erkrankungen waren, die allerdings eine eigenartige Lokalisation darboten: Im Rückenmark

ein langgestreckter Herd, der in allen Höhen fast genau die gleiche Stelle in den Hintersträngen einnimmt, im peripherischen Theil des Sehnerven Beschränkung auf das papillo-makulare Bündel. Auch die ferneren histologischen Einzelheiten (akuter und subakuter Untergang von markhaltigen Nervenfasern und starke Proliferation der Glia) stimmten nicht mit den Befunden bei Tabes überein, sondern erinnerten eher an die Rückenmarksbefunde bei toxischen Schädigungen, bei perniciöser Anämie und Kachexie. Seh. glaubt, dass es sich um den gleichen Process wie in dem Rothmann'schen Falle handelte, und dass sich das Fehlen der akuten Veränderungen in dem Falle R.'s daraus erklärt, dass ein späteres Stadium vorlag, in dem der Process stationär geworden war.

Aetiologisches.

16) Biach, Paul, Zur Thierähnlichkeit im menschlichen Rückenmark. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 11. 1908.

17) Bewors, Walker G., A typical case of tabes dorsalis in a negress. New York a. Philad. med. Journ. LXXXIV. 17. 1906.

(Fall von typischer Tabes bei einer Negerin. Tabes bei Schwarzen gilt bekanntlich als selten. In der Literatur hat B. 21 Fälle gefunden, 6 davon bei Frauen.)

18) Citron, Julius, Ueber Complementbindungsversuche bei infektiosen u. postinfektiösen Erkrankungen (Tabes dorsalis u. s. w.), sowie bei Nahrsteffen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 29. 1907.

19) Donslow, L. N., Locomotor ataxia, a new theory as to its cause. New York med. Record LXXI. 24. 1907.

20) Feilchenfeld, Leopold, Ueber die Verschlimmerung der Tabes u. progressiven Paralyse durch Unfälle. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 5. 1908.

(Mittheilung von 11 Fällen, in denen die Verschlimmerung einer bestehenden Tabes durch Unfälle von Versicherungsgesellschaften und Behörden anerkannt wurde.)

21) Fornet u. J. Schereschewsky, Serodiagnose bei Lues, Tabes u. Paralyse durch specifische Niederschläge. Münchn. med. Wchnschr. LIV. 30. 1907.

22) Fornet; J. Schereschewsky; Eisenzimmer u. Resenfeld, Specifische Niederschläge bei Lues, Tabes u. Paralyse. Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 41. 1907.

23) Fornet, Zur Präcipitinreaktion bei Syphilis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 2. 1908.

24) Galewsky, Ueber Tabes in den ersten Jahren nach der Infektion. Med. Klinik IV. 8. 1908.

(6 Fälle, in denen die Tabes im 1. bis 5. Jahre nach der Syphilisinfektion, zum Theil noch während des Bestehens von sekundären Hauterscheinungen auftrat. Ausserdem theilt G. mit, dass von 31 Pat., die er seit dem Primäraffekte bis zum Auftreten der Tabes beobachtet hat, 22 ungenügend und 9 gut behandelt waren, woraus sich ergiebt, dass die Quecksilberbehandlung allein nicht vor der Entwickelung der Tabes schützt.)

25) Hübner, H., Zur Tabes-Paralyse-Frage. Neurol. Centr.-Bl. XXV. 6. 1906.

26) Lesser, Fritz, Tabes u. Paralyse im Lichte der neueren Syphilisforschung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39. 1908.)

27) Löwenthal, M., Das Causalverhältniss zwischen Syphilis u. progressivem Nervenschwund. Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 10. 1907.

28) Marie, A., et C. Levaditi, Les „anticorps syphilitiques" dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques. Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 2. 1907.

29) Mendel, Kurt, Der Unfall in der Aetiologie der Nervenkrankheiten. V. Tabes u. Unfall. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. XXII. p. 544. 1907.

30) Morgenroth, J., u. G. Stertz, Ueber den Nachweis syphilitischer Antikörper im Liquor cerebrospinalis von Paralytikern nach dem *Wassermann-Plaut*'schen Verfahren der Complementablenkung. Virchow's Arch. CLXXXVIII. 1. p. 166. 1907.

(Vgl. Jahrbb. CCXCV. p. 64. Bei 8 sicheren Paralysen positiv, bei 1 Tabes negativ.)

31) Mott, F. W., Recent developments in our knowledge of syphilis in relation to diseases of the nervous system. Brit. med. Journ. Jan. 4. 1908.

32) Neisser, A.; C. Bruck u. A. Schucht, Diagnostische Gewebe- u. Blutuntersuchungen bei Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 48. 1906.

33) Plaut, Ueber das Vorhandensein luetischer Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern (Sitzungsbericht). Neurol. Centr.-Bl. XXV. 23. 1906.

34) Plaut, F., Syphilisdiagnose bei Paralyse u. Lues cerebrospinalis. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. XXII. 2. 1907.

35) Plaut, Felix, Ueber den gegenwärtigen Stand des serologischen Luesnachweises bei den syphilidogenen Erkrankungen des Centralnervensystems. Münchn. med. Wchnschr. LIV. 30. 1907.

36) Plaut, F.; W. Heuck u. Rossi, Giebt es eine specifische Präcipitinreaktion bei Lues u. Paralyse? Münchn. med. Wchnschr. LV. 2. 1908.

37) Plaut, F., u. W. Heuck, Zur *Fornet*'schen „Präcipitat"-Reaktion bei Lues u. Paralyse. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 29. 1908.

38) Plaut, F., Serodiagnostik der Syphilis. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. XXXI. 8. 1908.

39) Rogge, Max, u. Eduard Müller, Tabes dorsalis, Erkrankungen der Cirkulationsorgane u. Syphilis. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXXXIX. p. 514. 1906.

40) Römheld, L., Mittheilungen aus dem Sanatorium Schloss Hornegg a. N. Conjugale u. familiäre Tabes. Württemb. Corr.-Bl. LXXVII. 14. 1907.

(Tabisches Ehepaar. Ein Kind zeigte im Alter von 12 Jahren Pupillendifferenz und einseitige reflektorische Starre.)

41) Schütze, Albert, Experimenteller Beitrag zur *Wassermann*'schen Serodiagnostik bei Lues. Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 5. 1907.

42) Spielmeyer, W., Experimentelle Tabes bei Hunden (Trypanosomentabes). Münchn. med. Wchnschr. LIII. 48. 1906.

43) Spielmeyer, W., Die Trypanosomenkrankheiten u. ihre Beziehungen zu den syphilogenen Nervenkrankheiten. Jena 1908. Gustav Fischer. Gr. 8. 106 S. mit 6 Tafeln.

44) Stertz, Die Serodiagnostik in der Psychiatrie u. Neurologie. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 4. 1908.

45) Strohmayer, W., Familiäre Tabes auf erblich degenerativer Grundlage. Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 16. 1907.

46) v. Strümpell, Ueber die Vereinigung der Tabes dorsalis mit Erkrankungen des Herzens u. der Gefässe, nebst Bemerkungen zur allgemeinen Pathologie der Tabes. Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 47. 1907.

17) Sutherland, Halliday G., A case of syphilis, phthisis and locomotor ataxia. Brit. med. Journ. March 21. 1908.

48) Wassermann, A.; A. Neisser u. C. Bruck, Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 19. 1906.

49) Wassermann, A., u. F. Plaut, Ueber das Vorhandensein syphilitischer Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern. Deutsche med. Wchnschr. XXXII. 44. 1906.

50) Wassermann, A., Ueber die Entwickelung u. den gegenwärtigen Stand der Serodiagnostik gegenüber Syphilis. Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 50, 51. 1908.

51) Woigandt, Wilhelm, Ueber die Frage syphilitischer Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Tabes dorsalis. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg Nr. 1 u. 2. 1907.

52) Weil, E., u. H. Braun, Ueber Antikörperbefunde bei Lues, Tabes u. Paralyse. Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 49. 1907.

53) Wolff, Tabes u. Trauma. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. u. Invalidenwesen XV. 9. 1908.

(W. neigt dazu, in 2 von ihm beobachteten Fällen Traumen als alleinige Ursache der Tabes anzusehen.

I. Fall: Sturz von einem Dache. Aufschlagen mit dem mittleren Theile des Rückens. Anschwellung. Arbeit wurde nicht unterbrochen. Entwickelung der Tabes innerhalb einiger Monate. Lues unwahrscheinlich.

II. Fall: Das Trauma bestand wahrscheinlich [? *Ref.*] in einem Wirbelbruche. Tabische Erscheinungen 1 Jahr nach dem Trauma. Lues nicht sicher auszuschliessen.)

54) Ziemann, Hans, Ueber das Fehlen. bez. die Seltenheit von progressiver Paralyse u. Tabes dorsalis bei uncultivirten, farbigen Rassen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 52. 1907.

Die Frage nach der Ursache der Tabes ist durch die in der Berichtzeit von Wassermann, Neisser und Bruck begründete *Serodiagnostik der Syphilis* nach Ansicht der meisten Bearbeiter des Gegenstandes, wenn nicht gelöst, so doch ihrer endgültigen Beantwortung ein beträchtliches Stück näher gerückt worden. Die Arbeiten hierüber sollen deshalb, soweit sie sich auf die nervösen Nachkrankheiten der Syphilis beziehen, in diesem Abschnitte besprochen werden, obgleich sie zum Theil auch für die Diagnostik von Bedeutung sind. Die gesammte Literatur über die Methoden des serologischen Luesnachweises zu berücksichtigen, war natürlich im Rahmen dieses Referates nicht möglich. Es konnte auch um so eher davon abgesehen werden, als über einen Theil der Arbeiten bereits in den Jahrbüchern berichtet worden ist und andere in den fortlaufenden Zusammenstellungen über Syphilis besprochen werden. Auf diese Referate sei deshalb hier besonders verwiesen.

Das von Wassermann, Neisser und Bruck (48) angewandte Verfahren beruht darauf, dass beim Zusammentreffen von Antigen und zugehörigem Antikörper Complement gebunden wird. Zum Nachweise der Complementbindung dient ein hämolytisches System, in dem die Hämolyse ausbleibt, wenn es in geeigneter Weise mit antigen- und antikörperhaltigen Flüssigkeiten zusammengebracht wird. W., N. u. B. arbeiteten diese Methode zunächst an Serum mit syphilitischem Materiale vorbehandelter Affen und verschiedenen Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen aus.

Wassermann und Plaut (49) haben sodann die Lumbalflüssigkeit von 41 Paralytikern untersucht und erhielten mit Extrakt aus luetischen Organen 32mal deutliche Hemmung oder Aufhebung der Hämolyse, 4mal undeutliche Hemmung und nur in 5 Fällen trat keine Hemmung ein. Sie sahen diesen positiven Ausfall in der Mehrzahl ihrer Fälle als einen Beweis für das Vorhandensein specifischer Antistoffe in den untersuchten Flüssigkeiten an. Syphilitische Stoffe, d. h. Antigene, konnten sie in den gleichen Flüssigkeiten nicht nachweisen. In einer kleineren Anzahl ihrer Fälle nahmen W. u. Pl. ferner vergleichende quantitative Bestimmungen des Antikörpergehaltes in Blutserum und Spinalflüssigkeit vor, wobei sich einige Male herausstellte, dass dieser in der Spinalflüssigkeit höher war als im Blutserum. Dieses spricht nach W. u. Pl. dafür, dass das Centralnervensystem selbst der Sitz der Antikörperproduktion ist und legt die Frage nahe, ob die anhaltende Antikörperbildung nicht mit den Degenerationvorgängen im Nervensystome in ursächlicher Beziehung stehe. Doch enthalten sich W. u. Pl. mit Rücksicht auf die geringe Zahl der Fälle, in denen sie die quantitativen Bestimmungen gemacht haben, einer endgültigen Entscheidung.

Citron (18) untersuchte Serum von 15 Tabikern, bez. der Tabes Verdächtigen und hatte 12mal positive Resultate. Er fasst seine Ergebnisse folgendermaassen selbst zusammen: „1) Bei der Tabes finden sich in der Regel im Serum Antikörper, während die Lumbalflüssigkeit seltener und dann fast stets weit weniger Antikörper enthält. Es kommt jedoch gelegentlich auch das umgekehrte Verhalten vor. 2) Bei der Syphilis finden sich die Antikörper oft noch nach sehr vielen Jahrzehnten, bis zu 45 Jahren und wahrscheinlich noch länger, ja in meinen Versuchen hatten gerade die ganz alten Fälle besonders hohen Antikörpergehalt. 3) Auch hereditär Luetische können Antikörper im Serum haben. 4) Zwischen dem Antikörpergehalt und der specifischen Quecksilberkur scheinen in dem Sinne Beziehungen zu bestehen, dass je intensiver die Kur war, desto geringer der Antikörpergehalt ist. 5) Ein hoher Antikörpergehalt in der Lumbalflüssigkeit, wie er bei der Paralyse die Regel ist, kommt sonst anscheinend nur selten vor, es ist also dieses Zeichen in hohem Grade pathognomonisch für Paralyse (eventuell für syphilitische Erkrankungen des Gehirns oder der Meningen)."

Marie und Levaditi (28) haben die Spinalflüssigkeit von 39 Paralytikern untersucht und bei 29 = 73% positive Wassermann'sche Reaktion bekommen, ferner erhielten sie in 5 Fällen von Taboparalyse 3mal, und in 4 Fällen reiner Tabes 2mal eine positive Reaktion. Sie fanden, dass, wenn sie die Paralytiker nach der Schwere und Dauer der Krankheit in 3 Gruppen eintheilten, in der ersten Gruppe, der die beginnenden Fälle angehörten, der Procentsatz der positiven Reaktionen nur 10% betrug, in der dritten dagegen 80%. Sie nehmen daher an, dass die Antikörperbildung im Verlauf der Krankheit zunimmt. Für die Specifität der Reaktion scheint ihnen zu sprechen, dass bei den Paralytikern, die die Infektion zugaben, die Reaktion bei 80% positiv war, bei denen, die sie in Abrede stellten dagegen nur bei 36% und dass ihre Ergebnisse denen der Cytodiagnostik entsprachen, wenn auch im Einzelnen der Grad der Lymphocytose nicht mit der Stärke der Complementfixation übereinstimmte. M. und L. schlossen ferner

aus ihren Beobachtungen, dass das Vorhandensein der Antikörper in der *Spinalflüssigkeit* für Metasyphilis pathognomonisch ist und durch Lues allein nicht bewirkt wird.

Als erste theilen M. u. L. schliesslich noch die bemerkenswerthe Beobachtung mit, dass nicht nur bei Verwendung von Extrakten aus luetischen Organen, sondern auch von solchen aus normalen Organen Complementablenkung eintritt, wenn auch im letzteren Falle erst bei höherer Concentration der Extrakte.

Weigandt (51) hat die Cerebrospinalflüssigkeit in 3 Fällen von Tabes nach dem Wassermann'schen Verfahren untersucht und ist dabei zu Resultaten gekommen, die denen Wassermann's widersprechen. Zunächst fand er, dass die Reaktion in allen Fällen bei Verwendung von Extrakten luetischer Milzen als Antigen eben so wie mit Extrakten normaler Milzen ausfiel. Ferner verhielten sich die Spinalflüssigkeiten der 3 Kranken ganz verschieden. In einem Falle trat deutliche Complementbindung ein, im zweiten war sie nur spurweise, im dritten gar nicht vorhanden. W. spricht daraufhin der Reaktion jede Specifität ab und nimmt an, dass in der Milz an sich irgendwelche Eiweisskörper vorhanden sind, die die Hämolyse zuweilen schon allein, vor Allem aber unter Zusatz von Spinalflüssigkeit hemmen können. Er mahnt daher zur grössten Vorsicht bei der Deutung der Versuchsergebnisse. Von dem syphilitischen Ursprung der Tabes ist er allerdings nach wie vor überzeugt, nur vermuthet er, dass bei Entstehung der nervösen Nachkrankheiten nicht das gleiche Toxin, das die anfängliche Krankheit bedingt, wirksam ist, sondern ein zweites, dem Antitoxin unzugängliches Agens.

Zu ähnlichen Resultaten wie Weigandt kamen auch Weil und Braun (52), die bei Verwendung normaler Leberextrakte immer die gleichen Resultate erhielten wie bei Verwendung syphilitischer. Sie untersuchten u. a. das Blutserum in 2 Fällen von Tabes und die Cerebrospinalflüssigkeit in 12 Fällen von Paralyse. Bei Tabes war die Reaktion beide Male, bei Paralyse 10mal positiv, bei funktionellen Psychosen und mit normalem Serum immer negativ. Ihr Urtheil über die Bedeutung der Reaktion fassen sie in folgende Sätze zusammen: 1) „Der Wassermann-Bruck'schen Reaktion bei Lues, Tabes und Paralyse fehlt in Bezug auf das Antigen und dementsprechend auch in Bezug auf den Antikörper jede Specifität. 2) Die mit dieser Methode nachgewiesenen Antikörper stellen Autoantikörper gegen eigene Zellstoffe dar. 3) Der Antikörpernachweis in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Tabes und Paralyse beweist weder direkt noch indirekt den Zusammenhang dieser Erkrankungen mit Lues, weil der Beweis, dass die Antikörper im Gehirn, bez. Rückenmark gebildet sind, fehlt, vielmehr die Wahrscheinlichkeit, dass dieselben aus dem Blute stammen, eine sehr grosse ist. 4) Der Gehalt von Autoantikörpern in den Säften dieser Erkrankungen ist ein Beweis dafür, dass es zu degenerativen Veränderungen an Zellen und Gewebsresorption gekommen ist. 5) Ob diese Autoantikörper eine diagnostische Bedeutung erlangen werden, müssen erst weitere Untersuchungen entscheiden."

Schütze (41) hat die Wassermann'sche Reaktion bei 100 Tabeskranken geprüft und in 69 Fällen Antistoffe gefunden, in 31 nicht. Meist wurde das Serum verwandt in anderen Fällen die Lumbalflüssigkeit. Bei 49 Kranken, die eine luetische Infektion zugegeben hatten, wurden die syphilitischen Reaktionstoffe 7mal vermisst, bei 25 Kranken, die die Infektion in Abrede stellten, gelang der Nachweis 7mal. Es fiel Sch. auf, dass der Ausfall der Reaktion häufiger bei solchen Kranken positiv war, die gar nicht oder unvollkommen antiluetisch behandelt worden waren, als bei den übrigen. Sch. sieht danach in der Serodiagnostik eine werthvolle Bereicherung der diagnostischen Methoden bei Infektionkrankheiten.

Stertz (44) hat in der Breslauer psychiatrischen Klinik 111 Kranke nach der Wassermann'schen Methode untersucht und Complementbindung nur in Fällen gefunden, die mit Lues in Beziehung standen. Bei Paralyse ergab sich in 95½% positive Reaktion der Spinalflüssigkeit oder des Blutserum, weniger constant trat sie bei Tabes ein (3mal in 5 Fällen). Bei eigentlicher Syphilis des Nervensystems scheint eine positive Reaktion der Spinalflüssigkeit die Ausnahme zu sein, während das Blutserum in einem Theil der Fälle die Reaktion giebt.

Plaut (35) hat später in weiteren 44 Fällen von Paralyse die Spinalflüssigkeit und das Serum untersucht und gefunden, dass letzteres immer, erstere 43mal positiv reagirte. P. bestreitet die von Marie und Levaditi ausgesprochene Ansicht, dass die Antikörperproduktion erst in den späteren Stadien der Lues einsetze. Er hat zwar auch zeitliche Unterschiede in dem Grade der Reaktion bei einzelnen Kranken beobachtet, fand aber, dass sich diese Unterschiede auf wechselnden Antigengehalt der verwendeten Extrakte zurückführen lassen. Auch der Ansicht M.'s u. L.'s von der Specifität der Antikörperreaktion für Paralyse und Tabes widerspricht P., wenn auch aus den bisherigen Untersuchungen sich ergiebt, dass bei Paralyse und Tabes die Antistoffe in der Spinalflüssigkeit ungleich häufiger anzutreffen sind, als bei Lues des Centralnervensystems oder gar bei Lues ohne cerebrale Störungen. Die Beobachtungen Marie's und Levaditi's und Weigandt's von Complementbindung mit normalem Extrakt erklärt sich P. durch ein gelegentliches, seltenes Vorkommen von andersartigen Substanzen, die specifisch-luetische Bindungen vortäuschen können, sich aber mit gewissen Cautelen ausschalten lassen.

Digitized by Google

Jedenfalls hält es P. für erwiesen, dass die Reaktionsstoffe nur in Körperflüssigkeiten von an Syphilis oder Metasyphilis leidenden Individuen sich nachweisen liessen, wenn sich auch über die Natur der Antikörper sowohl wie der Antigene zunächst nichts Sicheres aussagen lasse. Mit Rücksicht auf die Befunde Neisser's, Bruck's und Schucht's (32), die 261 Sera von Luetikern prüften und Antistoffe am häufigsten bei florider sekundärer Lues (27%), dagegen bei tertiärer latenter Lues nur in 11% der Fälle fanden, und darauf, dass er selbst bei Paralyse 100% positive Resultate bekam, hält es P. für möglich, dass aus den wenigen Luetikern, die im tertiären latenten Stadium noch Antistoffe produciren, sich die späteren Paralytiker und Tabiker rekrutiren. Zur Klärung dieser Frage macht er den Vorschlag, bei den in Krankenhäusern aufgenommenen Kranken mit luetischer Anamnese das Serum grundsätzlich zu untersuchen und in den psychiatrischen Kliniken des gleichen Bezirks Listen über diese Untersuchungen zu führen.

Nach Einführung der Complementbindungsmethode Wassermann's haben Fornet und Schereschewsky, später Porges und Meier und zuletzt Klausner weitere serodiagnostische Methoden zum Nachweis von Lues angegeben. Von diesen hat nur die von Fornet und Schereschewsky benutzte bei Tabes und Paralyse eine ausgedehntere Anwendung gefunden.

Die Methode Fornet's und Schereschewsky's (21) beruht auf dem Auftreten specifischer Niederschläge beim Zusammenbringen von Flüssigkeiten, die Präcipitinogen und correspondirendes Praecipitin enthalten. Dieser von Fornet früher bei anderen Infektionkrankheiten, besonders bei Typhus, geprüften und als brauchbar befundenen Reaktion wurden von F. und Sch. die Sera von Paralytikern, Tabikern und Syphilitischen unterworfen. Die Untersuchungen führten zu folgendem Ergebniss: „Serum von Paralytikern und Tabikern giebt ausschliesslich mit dem Serum von Syphilitischen eine positive Präcipitinreaktion und umgekehrt". Zusammen mit Eisenzimmer und Rosenfeld fanden F. und Sch. (22) ferner, dass das Serum bei syphilitischen Erkrankungen Präcipitinogen immer enthielt, wenn sich gleichzeitig Spirochaeten nachweisen liessen, fast immer, wenn es sich um floride Erscheinungen handelte, Präcipitine dagegen, wenn die Krankheitsymptome wenig ausgeprägt waren und nach erfolgter Heilung. Auch bei den parasyphilitischen Erkrankungen fanden sich meist Praecipitine (in 7 Fällen von Paralyse), bei je 2 Fällen von Paralyse und Tabes aber auch Präcipitinogen. Fornet, Schereschewsky, Eisenzimmer und Rosenfeld schliessen daraus, dass die Syphiliserreger sich Jahrzehnte lang im Organismus virulent erhalten, da sich nur hieraus das Vorhandensein von Präcipitinogen bei Tabes und Paralyse erklärt.

Zugleich erklärt sich daraus auch das noch so lange nach der Infektion anhaltende Vorkommen von Präcipitinen. F. und Sch. werfen auch die Frage auf, ob die Syphiliserreger selbst oder die im Körper gebildeten Schutzstoffe die Ursache der nervösen Nachkrankheiten sind, lassen sie aber unentschieden. Doch führen sie zu Gunsten der letzteren Annahme die Erfahrung an, dass bei Typhusbacillenträgern, bei denen häufig eine dauernde Antikörperproduktion besteht, unverhältnissmässig oft psychische Störungen auftreten. Ueber das Verhältniss von Präcipitin und Präcipitinogen zu den bei der Wassermann'schen Reaktion wirksamen Substanzen können sie gleichfalls bei dem gegenwärtigen Stand ihrer Untersuchungen nichts Bestimmtes aussagen, doch ist es ihnen unwahrscheinlich, dass es sich um identische Stoffe handelt.

Die Fornet'sche Präcipitatreaktion haben Plaut, Heuck und Rossi (36) an Serum von Paralytikern, Syphilitischen und Normalen nachgeprüft. Sie sind zu dem Resultate gekommen, dass die Reaktion ganz regellos auftritt und nichts für Lues Specifisches hat. Auch gegen den Widerspruch Fornet's und Schereschewsky's haben Plaut und Heuck (37) diese Ansicht aufrechterhalten. In einer Uebersicht über die bisher angegebenen serodiagnostischen Methoden bezeichnet Plaut (38) neuerdings die Fornet'sche Präcipitatreaktion als ganz unbrauchbar und auch die übrigen Ausfällungsmethoden von L. Michaelis, Porges-Meier und Klausner als für die Praxis nicht verwerthbar. Von allen Modifikationen der Complementbindungsmethode erscheint ihm die ursprüngliche von Wassermann, Neisser und Bruck angegebene Versuchsanordnung auch jetzt noch als die zuverlässigste. Die Zahl der von Plaut mit der Complementbindungsmethode untersuchten Paralytiker beträgt nunmehr 95, von denen nur bei einem die Spinalflüssigkeit negativ reagirte. *Danach erscheint P. der objektive Beweis, dass es keine Paralyse ohne Lues giebt, erbracht.* Auch in dieser Untersuchungsreihe wurde es bestätigt, dass bei Paralyse fast ausnahmelos die Antistoffe in Serum *und* Spinalflüssigkeit sich finden, während sonst bei Syphilis und auch bei Syphilis des Centralnervensystems sehr häufig nur das Serum positiv, die Spinalflüssigkeit aber negativ reagirt.

In einer zusammenfassenden Betrachtung über die Complementbindungsmethode bespricht Wassermann (50) die Arbeiten von Porges, Landsteiner u. A., die sich vorwiegend mit der Methodik der Reaktion befassen und auf die wir deshalb hier nicht eingehen können. Es ist danach jetzt als erwiesen anzusehen, dass die Reaktion zwar ausschliesslich mit Körperflüssigkeiten von Syphilitischen positiv ausfällt, dass diese aber nicht nur mit luetischen Organextrakten, sondern auch mit anderen Stoffen Complementablenkung bewirken. Als solche Stoffe sind lipoide Substanzen nach-

Digitized by Google

gewiesen werden. Die Reaktion lehrt daher, dass die Körpersäfte der Syphilitischen die Eigenschaft haben, mit gewissen lipoiden Stoffen Bindungen einzugehen. Daraus lassen sich nach W. für die Pathogenese der metasyphilitischen Krankheiten wichtige Folgerungen ziehen. Da einer der wichtigsten Bestandtheile der Nervensubstanz, das Lecithin, zu den lipoiden Stoffen gehört, so lässt sich die Anwesenheit der Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Tabes und Paralyse vielleicht mit dem Degenerationsprocess des Centralnervensystems in ursächliche Verbindung bringen. W. meint deshalb sogar, dass es angebracht sei, „eventuell durch intralumbale Einführung von Lecithin und geeigneten Lipoiden den Versuch zu machen, diese krankhafte Avidität des Liquor cerebrospinalis zu den Lipoiden wenigstens zeitweise abzusättigen und dadurch den Verlauf der Krankheit zu einem weniger stürmischen zu machen".

Allgemeine Betrachtungen über die Bedeutung der Reaktion stellt auch Lesser (26) an. L. nimmt nach seinen und Anderer Untersuchungen an, dass etwa bei der Hälfte der in späteren Stadien befindlichen Syphilitiker, die keine klinisch nachweisbaren Symptome zeigen, die Wassermann'sche Reaktion positiv ist. Er fand ferner bei 39 Paralytikern regelmässig, bei 38 Tabikern aber nur 19mal die Serumreaktion positiv. An diese Thatsachen knüpft L. etwas gewagte Schlüsse. Den auffälligen Unterschied zwischen Paralyse und Tabes in Bezug auf die Wassermann'sche Reaktion erklärt er sich aus der verschiedenen Dauer beider Krankheiten. Während der Jahrzehnte langen Dauer der Tabes könne es zu einer Ausheilung der Syphilis kommen. In solchen Fällen sei dann die Serumreaktion negativ. Bei der in wenigen Jahren zum Tode führenden Paralyse komme das nicht vor. Diese Erklärung ist natürlich nur möglich, wenn man, wie L., annimmt, dass das Primäre bei der Tabes eine syphilitische Leptomeningitis und die Hinterstrangerkrankung eine davon abhängige sekundäre aufsteigende Degeneration ist, die nach Ausheilung der syphilitischen Meningitis fortschreitet. L. wiederholt ferner die schon von Plaut (s. o.) geäusserte Vermuthung, dass sich nur aus den Syphilitischen, bei denen die Wassermann'sche Reaktion positiv ist, die späteren Tabiker und Paralytiker rekrutiren. Da er gefunden hat, dass sich fast immer eine positive Reaktion durch energische antisyphilitische Behandlung in eine negative verwandeln lässt, so glaubt er, die Wassermann'sche Reaktion für die Prophylaxe der Tabes und Paralyse verwerthen zu können. Die Syphilitischen in späteren Stadien sollen der Serumreaktion unterzogen und bei positivem Ausfall dieser antisyphilitisch behandelt werden. Damit glaubt L. die Entwickelung der Tabes verhüten zu können. Es wäre sehr schön, wenn sich Tabes und Paralyse so einfach aus der Welt schaffen liessen.

Es ist bemerkenswerth, dass die von Wassermann und anderen Serumforschern ausgesprochenen Ansichten über den Zusammenhang von Antikörperbildung und Nervendegeneration mit Anschauungen übereinstimmen, die von einzelnen Neurologen aus ganz anderen Thatsachen gefolgert worden sind. Am Klarsten ist die Vermuthung, dass die im Körper von Syphilitischen gebildeten Schutzstoffe Tabes und Paralyse verursachen, von Löwenthal (27) unter Anführung zahlreicher, nur dadurch erklärbarer, der Syphilisätiologie scheinbar widersprechender Thatsachen ausgesprochen worden. Ueber die Arbeit ist in den Jahrbüchern (CCXCV. p. 174) bereits berichtet worden.

Auch Mott (31) ist mit Rücksicht auf die Ergebnisse der Ehrlich'schen Serumforschung zu der Ansicht gelangt, dass Paralyse und Tabes nicht durch das syphilitische Virus selbst erzeugt werden, sondern durch eine übermässige Produktion von Schutzstoffen, die dann einsetze, wenn erregende Einflüsse auf das Nervensystem wirken und seinen Stoffwechsel verändern. Damit erkläre sich die durch v. Krafft-Ebing nachgewiesene Immunität der Paralytiker, die Nutzlosigkeit der antisyphilitischen Kuren, das vorwiegende Befallenwerden von geistig und körperlich besonders regsamen Menschen und der milde Verlauf der Tabes bei frühzeitiger Opticusatrophie, weil durch diese die erregenden Einwirkungen auf das Nervensystem ausgeschaltet werden. M. sieht deshalb das einzige Heil für die Kranken in einer möglichst frühzeitigen Diagnosenstellung und danach Vermeidung alles dessen, was die Nerven erregt.

Gegenüber Mott hält Sutherland (47) daran fest, dass es die Syphilis selbst und nicht eine „Ueberimmunisation" sei, die Paralyse und Tabes macht. Die Immunität der Paralytiker beweise nur, dass diese *nach* syphilitisch seien und der Nachweis von Antistoffen im Serum sei, wie aus den Beobachtungen Citron's (s. o.) hervorgehe, nur ein Zeichen, dass die antisyphilitische Behandlung ungenügend gewesen sei.

Hübner (25) beschäftigt sich mit einigen Einwänden gegen die Syphilistheorie. Gegenüber der Behauptung, dass Tabes und Paralyse bei Prostituirten selten seien, stellt er fest, dass unter den in Herzberge und im Lazareth des städt. Arbeitshauses in Rummelsburg verpflegten Prostituirten (im Ganzen 179) 42.8% an postsyphilitischen Krankheiten litten, also ein viel grösserer Procentsatz als der des übrigen Frauenmaterials ist. Ferner fand H., dass Kinderlosigkeit und Aborte bei paralytischen Frauen viel häufiger sind als bei anderen. H. theilt sodann noch die Krankengeschichte zweier schwer belasteter Familien mit, in denen nur die syphilitisch inficirten Mitglieder an Tabes oder Paralyse erkrankten, während starke Ueberanstrengung und Trauma diese Wirkung nicht hatten.

Rogge und Müller (39) haben 24 Beobachtungen von Zusammentreffen der Tabes mit Erkrankungen der Kreislauforgane aus der v. Strümpell'schen Klinik zusammengestellt. Von den Ergebnissen dieser Zusammenstellung ist besonders die Thatsache bemerkenswerth, dass meist nur eine der beiden Erkrankungen subjektive Erscheinungen macht, die andere aber, bald die Herzerkrankung, bald die Tabes für das subjektive Empfinden des Patienten „latent" ist. R. und M. führen auch 2 Fälle an, in denen beide Krankheiten unbemerkt geblieben waren und erst gelegentlich intercurrenter syphilitischer Hirnerkrankungen — ein Aneurysma des einen Kranken sogar erst auf dem Sektionstisch — zu Tage traten. Man kann daraus schliessen, dass das Zusammentreffen beider Zustände noch häufiger ist als allgemein angenommen wird. R. und M. veranschlagen die Häufigkeit auf 10% aller Tabiker. Sie zweifeln nicht daran, dass in allen Fällen die gemeinsame Ursache beider Erkrankungen die Syphilis ist. Bei ihren eigenen Kranken war Syphilis bei 79.15% mehr oder weniger sicher vorhanden.

In demselben Sinne spricht sich v. Strümpell selbst (46) aus. Während der Zusammenhang von Tabes mit Herzerkrankungen bisher hauptsächlich auf Grund von Untersuchungen an vorgeschrittenen Tabikern betrachtet worden ist, hat v. Str. neuerdings umgekehrt alle seine Herz- und Gefässkranken auf tabische Symptome untersucht und war erstaunt über die Häufigkeit beginnender oder rudimentärer Tabes besonders bei Kranken mit arteriosklerotischen Herzbeschwerden. Eine befriedigende Erklärung für dieses Zusammentreffen sieht auch v. Str. nur in der Entstehung aus einer gemeinsamen Ursache. Die Syphilis erscheint v. Str. deshalb immer mehr als die einzige wesentliche Ursache der Tabes. Als begleitende Umstände können körperliche Ueberanstrengungen, chron. Alkoholismus und übermässiges Rauchen vielleicht in Betracht kommen. Bis zu einem gewissen Grade theilt v. Str. die Anschauungen Edinger's, da sich durch sie der progressive Verlauf der Tabes besser als durch die Wirkung syphilitischer Toxine allein erkläre. Das Vorhandensein einzelner tabischer Symptome, wie er es bei seinen Herzkranken gefunden hat, vor allem der reflektorischen Pupillenstarre, sieht v. Str. als Zeichen einer früheren Lues, als „syphilitisches Stigma" an.

K. Mendel (29) hat unter 1500 Unfallverletzten nur 11 Tabiker gefunden. Von diesen kommen für die Frage des Zusammenhanges zwischen Tabes und Trauma 3 gar nicht in Betracht, da die Tabes schon vor dem Unfall bestand und dieser zu geringfügig war, um als Ursache einer Verschlimmerung angesehen werden zu können. In 7 weiteren Fällen bestand die Tabes gleichfalls mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall, doch kann hier die Möglichkeit eines verschlimmernden Einflusses zugegeben werden. Nur in 1 Falle entwickelte sich die Tabes erst längere Zeit — 4½ Monate — nach dem Unfall, der in einer mittelschweren Schädelverletzung bestand. Einwandfrei ist jedoch auch dieser Fall hinsichtlich der ursächlichen Bedeutung des Trauma nicht, da die Wahrscheinlichkeit einer früheren Lues vorliegt. M. kommt daher auf Grund dieses Materials und einer Durchsicht der Literatur zu dem Schluss, dass ein sicherer Fall einer Tabes traumatica bisher noch nicht beschrieben ist. Er weist auf den Unterschied hin, der sich aus der Statistik für die ätiologische Bedeutung der Syphilis einerseits und des Trauma andererseits ergiebt. M. fasst das Ergebniss seiner Betrachtungen selbst in folgenden Sätzen zusammen: „Ein Trauma für sich allein kann Tabes nicht erzeugen. Ein früher gesundes und insbesondere durch Syphilis nicht prädisponirtes Individuum kann durch einen Unfall, welcher Art er auch sei, nie tabisch werden. Das Trauma kann aber bei einem zur Tabes durch Syphilis Disponirten die ersten Erscheinungen des Rückenmarksleidens auslösen, es kann ferner bei bestehender Tabes verschlimmernd und auf den Verlauf der Krankheit beschleunigend wirken."

Spielmeyer (42. 43) hat durch experimentelle Trypanosomeninfektion bei Hunden einen der menschlichen Tabes in anatomischer Beziehung vollkommen gleichen Krankheitsprocess hervorrufen können. Er benutzte Culturen von Trypanosoma Brucei und fand mit Hülfe der Marchi'schen Chromosmiummethode primäre Degenerationen im Gebiete der hinteren Rückenmarkswurzeln, der sensibelen Trigeminuswurzel und des Opticus („Trypanosomentabes"). Von 29 Hunden, die lange genug nach der Infektion gelebt hatten, zeigten 18 derartige Veränderungen. Die Wurzelerkrankung war immer auf das Cervicalmark beschränkt. Der regelmässigste Befund war die Degeneration der sensibelen Trigeminuswurzel. S. weist darauf hin, dass die Trypanosomenkrankheiten auch in vielen anderen Beziehungen mit den durch Syphilis hervorgerufenen Krankheitformen Uebereinstimmung zeigen. Bei beiden Krankheitgruppen findet sich — wenn auch bei den Trypanosomenkrankheiten nur für gewisse Formen (Dourine, Mal de Caderas) — als häufigste Art der Uebertragung der durch den Geschlechtsakt, ferner Beginn mit Primäraffekt und später folgendem Hautexanthem und therapeutische Beeinflussbarkeit durch Arsen oder Arsen in Verbindung mit Quecksilber. Ferner bestehen zwischen der Schlafkrankheit der Menschen und der progressiven Paralyse weitgehende klinische und anatomische Uebereinstimmungen. Die eigenen histologischen Untersuchungen Sp.'s bei Schlafkrankheit, auf deren Einzelheiten in diesem Berichte nicht eingegangen werden kann, haben ergeben, dass das histologische Bild der Schlafkrankheit grosse Aehnlichkeit mit dem der Para-

lyse zeigt, andererseits allerdings auch wichtige Unterschiede. Zu diesen auf eine Verwandtschaft der beiden Krankheitgruppen hinweisenden Thatsachen kommt endlich noch die von Schaudinn angenommene, von anderer Seite allerdings noch bestrittene biologische Verwandtschaft des Trypanosoma mit der Spirochaete. Sp. kommt danach zu dem Schluss; „dass die beiden grossen Krankheitgruppen dem Wesen nach verwandt sind", fügt aber ausdrücklich hinzu, dass der zwingende Beweis für diese Annahme nur durch die Bestätigung der Lehre Schaudinn's erbracht werden kann.

Neben diesen zahlreichen Zeugnissen für die ätiologische Bedeutung der Syphilis werden vereinzelt noch andere ätiologische Momente, namentlich die angeborene Veranlagung, in den Vordergrund gestellt. So von Strohmayer (45), der 2 Schwestern mit juveniler Tabes beobachtet hat, bei denen ihm erworbene oder ererbte Syphilis als Ursache ausgeschlossen erschien, deren Stammtafel aber eine schwere convergente Belastung mit Nerven- und Geisteskrankheiten und mit Diabetes zeigt. Str. sieht daher die Ursache der Tabes in diesen Fällen in einer „erblich-degenerativen Prädisposition", wobei ihm die diabetische Ascendenz von ausschlaggebender Bedeutung erscheint.

Biach (16) hat im menschlichen Rückenmark vielfach histologische Eigenthümlichkeiten gefunden, die dem normalen Verhalten bei verschiedenen Säugethierarten entsprechen. Die Substantia gelatinosa Rolandi zeigt im Halsmark Fältelung oder ausgesprochene Windungen und bedeckt den Markkern, ohne ihn zu umgreifen. Das Hinterhorn wird zuweilen bereits im Halsmark durch übertretende Fasern aus der weissen Substanz vom centralen Grau vollständig abgeschnürt. Die Glia tritt, gleichfalls nur im Halsmark, ein Stück in die hinteren Wurzeln hinein. Diese „Thierähnlichkeit" fand sich besonders häufig bei Tabes — in 17 Fällen 13 Mal — und bei anderen Erkrankungen der sensiblen Hinterstrangsysteme, nur ausnahmeweise im gesunden Rückenmark und wird daher von B. als Zeichen einer Prädisposition zu Tabes und tabiformen Krankheiten angesehen. B. nimmt an, dass das tabische Rückenmark von Anfang an ein schwaches, in manchen Fällen *phylogenetisch* zurückgebliebenes ist.

Ziemann (54) berichtet, dass in den Küstengegenden Afrikas, in Westindien und in Venezuela bei den Eingeborenen niemals progressive Paralyse und sehr selten Tabes beobachtet werden, obgleich in diesen Gegenden die Syphilis sehr verbreitet sei. Auch bei Europäern scheint in den Tropen die progressive Paralyse sehr selten zu sein. Z. schliesst daraus, dass die Syphilis nicht die alleinige Ursache ist und beschuldigt daneben den intensiven Kampf um's Dasein, der in der gemässigten Zone geführt wird. Er glaubt, dass das Gehirn des Negers für die paralytische Erkrankung wohl empfänglich ist, da die anatomischen Veränderungen ja ähnliche seien wie bei der Schlafkrankheit, an der auch Neger erkranken. Das Negergehirn „reagire" aber auf den paralytischen Krankheitprocess nicht, weil er langsam, nicht wie die Schlafkrankheit akut einsetze [?].

Denslow (19) ist auf Grund „klinischer Erfahrungen" zu einer neuen Theorie über die Aetiologie der Tabes gekommen. Er nimmt als Ursache lange anhaltende Reizzustände in den peripherischen Nerven an, die symptomlos bleiben können. Worin seine Erfahrungen bestehen, wird vorläufig von D. noch verschwiegen. Der Leser muss sich mit der Andeutung begnügen, dass die Reizungen auf urogenitalem Gebiete liegen.

Symptomatologisches.

55) Callewaert, M., Tabes dorsal fruste. Policlin. XV. 22. 1906.

(Langsamer Verlauf in einem Falle; aber nur 4½ Jahre beobachtet.)

56) Chartier, M., et Paul Descomps, Ostéite syphilitique déformante, type *Paget*, chez une tabétique. Nouv. Iconogr. de la Salp. XX. 1. 1907.

(Der Paget'schen Krankheit entsprechende Knochen- und Gelenkveränderungen bei einer Tabischen, von Ch. und D. als syphilitisch, nicht tabisch aufgefasst. Von tabischen Ostéo-athropathien unterschied sich der Befund durch beträchtliche Hypertrophie der Knochensubstanz und starke Verkrümmung einer Tibia. Unter antisyphilitischer Behandlung Besserung.)

57) Debove, Lésions syphilitiques multiples, tabes, paralysie générale et insuffisance aortique. Gaz. des Hôp. LXXXI. 21. 1908. (Klinische Vorstellung.)

58) Debove, Tabes et chirurgie. Presse méd. LIX. p. 465. 1908.

[Eine 48jähr. Tabikerin erkrankte an einer Arthritis des rechten Knies. Es wurde die Resektion vorgenommen und das Bein in einem Gipsverbande immobilisirt. Bald darauf traten schwere gastrische und laryngeale Krisen auf, häufige Ohnmachten verschlimmerten den Zustand und die Pat. starb am 25. Tage nach der Operation. Die Untersuchung des resecirten Knies zeigte auch nicht eine geringe Spur von knöcherner oder selbst bindegewebiger Vereinigung der Knochen.

In anderen Fällen wurde wegen gastrischer tabischer Krisen die Gastro-Enterostomie vorgenommen, da Pylorusstenose diagnosticirt war. In einem anderen ähnlichen Falle wurden Leberkrämpfe angenommen und die Gallenblase resecirt. Als die Schmerzen hierauf nicht besser wurden, machte man eine Nephropexie, indem man glaubte, dass es sich um Wanderniere handele. In ähnlicher Weise wurde bei Blasenkrisen der Steinschnitt vorgenommen.

Aus diesen Erfahrungen soll die Lehre gezogen werden, dass man bei Vorhandensein von osteo-artikulären Erkrankungen, sowie auch bei verschiedenen Krisen der Visceralorgane an die Möglichkeit des Bestehens von Tabes denken und den Kranken einer dementsprechenden Untersuchung unterwerfen soll. E. Toff (Braila).]

59) Dunger, Roinhold, Zur Kenntniss der tabischen Krisen (Klitoriskrisen u. gastrische Krisen). Med. Klinik III. 37. 1907.

(Ein Fall von Klitoriskrisen, die den übrigen Symptomen Jahre lang vorausgingen. Sie bestanden darin, dass es „unter dem subjektiven Gefühl von Zuckungen und ruckweisen Zusammenziehungen in den Geschlechtstheilen zu einem Flüssigkeitserguss kam und zugleich wollüstige Empfindungen eintraten.)

60) Erhon, S., Ueber Ataxie. Mitth. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderhkde. in Wien VII. 6. 1908.

61) Erben, S., Uober den *Romberg*'schen Versuch bei Tabes u. bei traumatischer Neurose. Wien. med. Wchnschr. LVIII 29. 1908.

62) Graeffnor, Studien über Tabes dorsalis, mit besonderer Berücksichtigung der Kehlkopfsymptome (221 Fälle). Münchn. med. Wchnschr. LIV. 36. 1907.

63) Günzburger, Pruritus bei Tabes. Münchn. med. Wchnschr. LIV. 53. 1907.

(1 Fall, in dem Pruritus das einzige subjektive Symptom war und die Tabes erst bei Untersuchung wegen des Pruritus gefunden wurde.)

64) Haenel, Hans, Eine typische Form der tabischen Gehstörung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. 1908.

65) Haenel, Hans, Eine typische Form der tabischen Gehstörung. Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 22. p. 1081. 1907.

66) Jurmakoff, Zur Frage der infantilen Tabes. Journ. f. Psych. u. Neurol. Heft 4. p. 644. 1907.

[J. hatte Gelegenheit, ein 12jähr. Mädchen, dessen Vater luetisch inficirt gewesen war und zur Zeit zahlreiche Anzeichen von Tabes bot, zu beobachten. Mit 8 Jahren war es an Sehschwäche erkrankt; es hatten sich allmählich Krisen und Blasenschwäche hinzugesellt. Vorübergehend hatte auch Ptosis auf einem Auge bestanden. Die Untersuchung ergab Fehlen der Sehnenreflexe, Andeutung von Ataxie der Beine und Atrophie der Sehnerven. Aus einer Zusammenstellung von 13 Fällen zieht J. den Schluss, dass Sehnervenatrophie nur selten ein Frühsymptom der infantilen Tabes bildet, häufiger hingegen finden sich schon frühzeitig Blasenstörungen.

Voss (Greifswald).]

67) Knapp, Albert, Tabes dorsalis n. centrale Skotome. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. XXII. p. 355. 1907.

(2 Fälle von Tabes. Im 1. Falle einfache genuine Sehnervenatrophie rechts, centrales Skotom links. Kn. nimmt eine Tabakamblyopie an, die rechts durch die tabische Sehnervenatrophie verdeckt wurde. Im 2. Falle einseitiges centrales absolutes Skotom, dem später concentrische Gesichtsfeldeinengung und Abblassung der Papille auf der anderen Seite folgte. Kn. hält in diesem Falle das centrale Skotom für tabisch, trotz der Seltenheit centraler Skotome bei Tabes. Gegen eine Intoxikationamblyopie spricht die Einseitigkeit.)

68) Knauer, A., Ueber *Pel*'sche Augenkrisen u. einige seltenere Sensibilitätsstörungen bei Tabes. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37. 1908.

69) Kürbitz, Ueber einen Fall von akutem umschriebenen Oedem bei Tabes dorsalis. Münchn. med. Wchnschr. LIII. 36. 1906.

(K. beobachtete bei einer Tabischen eine wenige Tage währende ödematöse Schwellung des Gesichts, die er als akutes umschriebenes Oedem auffasst und mit der Tabes in Zusammenhang bringt.)

70) Lang, Artur, Ueber lancinirende Schmerzen im Bereiche des Kopfes bei Tabes dorsalis. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 42. 1908.

71) Lapinsky, Michael, Einige wenig beschriebene Formen der Tabes dorsalis. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXX. 3 u. 4. p. 178. 1906.

72) Mulaisé, E. v., Die Prognose der Tabes. Berlin 1906. S. Karger.

73) Marburg, Otto, Zur Frage der infantilen u. juvenilen Tabes. Mitth. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderhkde. in Wien VII. 3. 1908.

(Vorstellung eines 2jähr. Mädchens mit tabischem Symptomencomplex. [Genuine Opticusatrophie, relativ enge, differente, träge reagirende Pupillen, Fehlen der Knie- und Achillessehnenreflexe, Hypotonie der Muskulatur, Larynxkrisen.] Vater luetisch.)

74) Martin, Collior F., The ataxic rectum. New York a. Philad. med. Journ. LXXXIV. 11. 1906.

75) Massia et Dolachanal, L'oeil tabétique. Gaz. des Hôp. LXXXI. 1. 1908.

(Zusammenstellung des über die Symptomatologie der Pupillenstörungen Bekannten.)

76) Mörchen, F., Ein kasuistischer Beitrag zu *Pal's* Lehre von den Gefässkrisen der Tabiker. Neurol. Centr.-Bl. XXV. 20. 1906.

(Durch Digitalis wurden bei einem Tabiker nicht nur Herzerscheinungen, die durch Aspirinvergiftung bedingt waren, sondern auch tabische Erscheinungen [Spasmen [? *Ref.*] und Sensationen an den Beinen] gebessert. M. sieht darin eine Stütze der Pal'schen Lehre von dem Zusammenhange von Gefässspannung und tabischen Zuständen.)

77) Orschansky, Tabes dorsalis u. das Kniewinkelphänomen. Neurol. Centr.-Bl. XXV. 9. 1906.

78) Pfeifer, B., Verspätete Geschmacksempfindung bei vorwiegend cerebraler, mit bulbärparalytischen Symptomen beginnender Tabes. Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIII. 3 u. 4. 1907.

(Sehr ausführliche Mittheilung eines Falles. Alles Wesentliche ist im Titel enthalten.)

79) Racino, Ueber Analgesie der Achillessehne bei Tabes (*Abadie*'sches Symptom). Münchn. med. Wchnschr. LIII. 20. 1906.

80) Roemhold, L., Tabes mit Krisen von Hemidrosis unilateralis. Mittheilungen aus dem Sanatorium Schloss Hornegg a. N. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 19. 1908. (Kurze Notiz über einen Fall.)

81) Sninton, P., et C. Trone, Les crises gastriques des tabétiques. Gaz. des Hôp. LXXXI. 16. 1908.

(Zusammenstellung des über Symptomatologie, Diagnostik und Pathogenese der Krisen Bekannten mit Literaturverzeichniss.)

82) Saiz, Giovanni, Traumatische Rückenmarksblutung bei beginnender Tabes dorsalis. Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 23. 1907.

(Blutung in das Halsmark durch Fall von einem Neubau bei bestehender Tabes.)

83) Sänger, Demonstration in der biologischen Abtheilung des ärztlichen Vereins in Hamburg Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 1907.

(17jähr. hereditär luetisches Mädchen mit Symptomen einer beginnenden Tabes oder Taboparalyse.)

84) Schüller, Artur, Ueber atypische Verlaufsformen der Tabes. Wien. med. Wchnschr. LVI. 16. 17. 1906.

85) Sigerist, Albert, Ueber incomplette Formen von Tabes dorsalis (formes frustes). Inaug.-Diss. Tübingen 1906. Ref. im Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 1. 1907.

(17 Fälle von incompletter Tabes, in denen eines oder mehrere der Cardinalsymptome fehlten. Erlöschen des Achillessehnenreflexes ist ein häufiges Frühsymptom. In 7 Fällen ergab die Lumbalpunktion regelmässig Lymphocytose.)

86) Stefani, Joseph, A propos de quelques cas de manifestations osteo-articulaires prétabétiques. Gaz. des Hôp. LXXXI. 23. 1908.

87) Strasser, Alois, Tabes u. Polyneuritis. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 1. 1908.

88) Stephenson, Sydney, Juvenile tabes dorsalis: Notes of five cases. Lancet May 16. 1908.

(In einem Falle Diagnose fraglich. Von den 4 anderen betreffen 2 Knaben. 2 Mädchen. 2mal sicher hereditäre Lues, 2mal wahrscheinlich. In 3 Fällen Opticusatrophie.)

89) Trömner u. Preiser, Frühfrakturen des Fusses bei Tabes als Initialsymptom. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XVIII. 5. 1908.

90) Thies, J., Tabes dorsalis u. Gravidität. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXX. 20. 1906.

91) Wagner, L., Ueber specielle nervöse Symptome bei Morbus Addisonii. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 15. 1908.

(2 Fälle. I. Typische Addison'sche Krankheit mit degenerativen Atrophien der Schultermuskulatur und der Muskulatur eines Oberschenkels. II. Tabes mit Atrophien an einem Unterschenkel und Bronzefärbung am ganzen Körper. W. sieht die Pigmentirung im 2. Falle als ein tabisches Symptom an und weist unter Berufung auf die

Literatur auf die Möglichkeit hin, dass der Morbus Addisonii von primären Rückenmarkserkrankungen abhängig ist.)

92) Wagner, Ueber Temperatursteigerungen bei Tabes dorsalis. Charité-Ann. XXXII. p. 61. 1908.

93) Zacharias, P., Eine Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis. Münchn. med. Wchnschr. LIV. 7. 1907.

v. Malaisé (72) hat mit Rücksicht auf die neuerdings von verschiedenen Seiten angestellten Erörterungen über die Prognose der Tabes den Krankheitverlauf bei einer grösseren Anzahl von Tabikern der Oppenheim'schen Poliklinik, bei denen die erste Untersuchung mindestens 8 bis 10 Jahre vorher stattgefunden hatte, festgestellt. v. M. konnte dabei 4 verschiedene Verlaufsformen unterscheiden und theilte dementsprechend die Kranken in Gruppen ein. Die *erste* Gruppe, die aus nur 2 Kranken besteht, zeigte nach 8—9 Jahren einen objektiv unveränderten, subjektiv gebesserten Zustand. Die subjektiven Beschwerden, die von Anfang an gering gewesen waren, waren vollkommen geschwunden, so dass sich die Pat. für gesund halten konnten. Die *zweite* Gruppe besteht aus 26 Kranken, bei denen die Tabes in Schüben verlief. Der Zustand blieb zunächst mindestens 8—10 Jahre ohne wesentliche Beeinträchtigung der Arbeit- und Genussfähigkeit, danach folgte eine Verschlimmerung, dann wieder langjähriger Stillstand bei etwas mehr beeinträchtigter Leistungsfähigkeit. Die *dritte* Gruppe wird von 30 Kranken gebildet, die ebenso wie die 18 Kranken der *vierten* Gruppe eine gleichmässig fortschreitende Verschlechterung zeigten. Beide Gruppen unterschieden sich nur dadurch, dass die Pat. der *vierten* Gruppe sehr schnell in einen Zustand völliger Invalidität geriethen, die der *dritten* erst nach mehrjähriger Dauer der Beobachtung.

Da die Beobachtungzeit der Kranken der ersten Gruppe für eine endgültige Beurtheilung noch zu kurz ist, so geht aus diesen Erfahrungen nicht hervor, dass ein dauernder Stillstand der Krankheit überhaupt vorkommt. Von den zahlreichen weiteren Erfahrungen, die sich v. M. aus seinem Materiale ergaben, kann hier nur noch Einiges hervorgehoben werden. So, dass sich deutlich der nachtheilige Einfluss schwerer Arbeit, der günstige einer gesundheitgemässen und körperlich nicht anstrengenden Lebensweise beobachten liess. Bestätigung fand die schon mehrfach ausgesprochene Ansicht, dass frühzeitig auftretende Opticusatrophie einen milden Verlauf garantirt. Die Magenkrisen, die bei 13% der Kranken vorhanden waren, zeigten mit wenigen Ausnahmen ausgesprochene Neigung zur Besserung. Sie dauerten durchschnittlich 5 bis 6 Jahre. In keinem Falle war ein Wiederauftreten der längere Zeit geschwundenen Krisen zu beobachten.

Marburg (73) hat aus der Literatur 51 Fälle von infantiler Tabes zusammengestellt. 34mal bestand hereditäre, 4mal erworbene Lues, 12mal hatten die Eltern Tabes oder Paralyse gehabt. Das Verhältniss der Geschlechter ist umgekehrt wie bei den Erwachsenen, die Zahl der Mädchen verhält sich zu der der Knaben wie 3:2. Opticusatrophie ist bei den Kindern häufiger, Ataxie seltener als bei Erwachsenen, sonst die Symptomatologie im Wesentlichen dieselbe.

Racine (79) hat das Abadie'scho Symptom mit Hülfe einer von ihm construirten Zange, an der sich der ausgeübte Druck in Kilogrammen ablesen lässt, nachgeprüft. Er fand zunächst, dass bei Gesunden der Grenzwerth, bis zu dem Druck nicht als schmerzhaft empfunden wird, 5—10 kg beträgt, dass diese Grenze aber auch bei Gesunden gelegentlich weit überschritten wird. Für die Tabiker konnte er die Angaben Abadie's hinsichtlich der Häufigkeit des Symptoms (ca. 80%) und des frühzeitigen Auftretens bestätigen. Doch ist es nach R. in diagnostischer Beziehung dem Westphal'schen, d'Argyll-Robertson'schen und Romberg'schen Symptome nicht gleichwerthig, da es auch bei Gesunden angetroffen wird und der Beweis noch nicht erbracht ist, dass es früher als andere charakteristische Symptome auftritt.

Als Kniewinkel-Phänomen bezeichnet Orschansky (77) ein Symptom, das auf der Atonie der Beinmuskulatur und der Erschlaffung der Gelenkbänder beruht und darin besteht, dass sich der Unterschenkel des in horizontaler Lage befindlichen Patienten, während das Knie auf der Unterlage fixirt wird, von dieser etwas abheben lässt, bisweilen so weit, dass der mit der Unterlage gebildete Winkel 16—20° beträgt. Die Ausbildung dieses Symptoms geht nach O. dem Grade der Ataxie parallel, häufig ist es entsprechend der Ataxie auf einer Seite deutlicher als auf der anderen vorhanden. Oft lässt sich gleichzeitig der Unterschenkel im Kniegelenk etwas nach aussen abduciren und die Patella ist abnorm beweglich. Da O. vermuthet, dass die Coordinationstörung durch die Erschlaffung der Gelenkbänder mechanisch bedingt wird, hat er bei einigen Tabikern durch Gummiringe die Gelenke fixirt und berichtet, dass die Ataxie dadurch vermindert worden sei.

Wagner (92) zieht aus einem selbst beobachteten Falle und mehreren in der Literatur vorhandenen folgende Schlüsse: „Bei Tabes dorsalis kommen fieberhafte Zustände vor, welche mit dem tabischen Krankheitsprocess als solchem in irgend welchem Zusammenhang stehen und in diesem Sinne als specifisch anzusehen sind. Es sind 2 Formen zu unterscheiden. 1) Entweder handelt es sich um lange Zeitperioden, während welcher die Temperaturen sich dauernd auf subfebriler Höhe erhalten, oder 2) es treten zugleich mit Krisen oder selbständig als Temperaturkrisen hohe und maximale Temperatursteigerungen auf, die nach wenigen Stunden oder Tagen eben so kritisch wieder verschwinden. Die Frage nach den Ursachen der Temperatursteigerungen ist nicht gelöst,

Digitized by Google

die Fiebererscheinungen sind aber wahrscheinlich centralen Ursprungs."

Lapinsky (71) berichtet über 4 Fälle, in denen die Anfangssymptome in Paresen der Arme oder Beine bestanden. Zuweilen traten an den paretischen Gliedern Atrophien auf, nie Störungen der elektrischen Erregbarkeit. Der Grad der motorischen Schwäche wechselte innerhalb längerer Zeiträume. Als anatomisches Substrat dieser motorischen Störungen vermuthet L. vorübergehende leichte Veränderungen in den Vorderhornzellen, wie er sie bei Thieren nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln beobachtet hat. Sie bestanden „in einem Aufquellen des Zellkörpers, in einer gewissen Chromatolyse und in einer Lageveränderung des Kerns, ohne dass der letztere seine Form und Grösse veränderte".

Schüller (84) theilt 5 Beobachtungen von acut entstandenen Lähmungen bei Tabes mit, die er „tabische Attaquen" zu nennen vorschlägt und über die er sich zusammenfassend folgendermaassen ausspricht: „Im Verlaufe der Tabes und zwar meist schon in einem sehr frühen Stadium der Erkrankung kommen akute Lähmungen vor, monoplegische, hemiplegische, Landry'sche Lähmungen. Sie sind zumeist schlaff und mit Ataxie verbunden. Sie gehen in der Regel nach mehreren Tagen, einigen Wochen oder wenigen Monaten zurück. Ihre Prognose ist daher günstig; hingegen scheinen die betreffenden Fälle von Tabes keinen benignen Verlauf zu haben. Bettruhe und Jod-Quecksilberbehandlung, in späteren Stadien Frenkel'sche Uebungen, kommen als wichtigste therapeutische Maassnahmen in Betracht. Die Erkenntniss, dass Ueberanstrengungen die häufigste Gelegenheitsursache für das Auftreten der Lähmungen abgeben, muss uns veranlassen, in jedem Falle von Tabes den Kranken in diesem Sinne zu instruiren."

Auch Strasser (87) sah bei einem Tabiker eine amyotrophische Lähmung der Arme und Beine akut entstehen und innerhalb einiger Wochen heilen. Str. erörtert die Differentialdiagnose zwischen akuter Polyemyelitis und Polyneuritis und entscheidet sich für letztere. Er nimmt deshalb, besonders mit Rücksicht auf die Fälle Schüller's an, dass Tabes zu Polyneuritiden disponire.

Martin (74) hat bei Tabikern öfter eine Lähmung des Spincter ani externus gefunden, in Folge deren der Anus mit dem eingeführten Finger sich stark erweitern liess und beim Zurückziehen des Fingers durch den Muskel nicht sogleich wieder geschlossen wurde. Zugleich fand sich ein — wie M. annimmt compensatorischer — Spasmus des Sphincter internus, der wiederum Obstipation verursachte oder mit verschuldete. Das Zusammentreffen von Obstipation und Parese des Sphincter anus externus ist daher nach M. ein diagnostisch verwerthbares Zeichen.

Trömner und Preisor (89) berichten über einen Kranken, der durch Ausrutschen auf einer Treppe und Umknicken im Fussgelenk eine völlige Zertrümmerung fast aller kurzen Fusknochen erlitt, die ihm aber so wenig Schmerzen bereitete, dass er noch Monate lang umherging. Obgleich von Anfang an an Tabes gedacht wurde, waren die ersten tabischen Symptome — Fehlen eines Patellarreflexes und beider Achillessehnenreflexe — erst nach 1 Jahre nachweisbar. An dem weiteren Verlauf war bemerkenswerth, dass die tabischen Erscheinungen zum Theil auf der vom Trauma betroffenen Seite schneller fortschritten als auf der anderen. (Patellarreflex fehlte links, rechts nur schwach, Hypotonie links > rechts.)

Stefani (86) berichtet über mehrere Fälle, aus denen er schliesst, dass es eine Form der Tabes giebt, bei der Knochen- und Gelenksymptome besonders in Gestalt von Spontanfrakturen und Arthropathien nicht nur ein frühzeitiges, sondern das erste Symptom der Tabes überhaupt sind und schlägt für diese Fälle die Benennung „prätabische Frakturen oder Arthropathien" vor.

Lang (70) berichtet über eine Anzahl von Fällen, in denen lancinirende Schmerzen im Bereiche der Kopfnerven auftraten. Für die Differentialdiagnose gegenüber anderen Neuralgien entnimmt L. seinen Beobachtungen folgende Unterscheidungsmerkmale. Die Nervenstämme sind bei Druck wenig oder gar nicht empfindlich, meist bestehen schwere Sensibilitätstörungen im Gebiet des betroffenen Nerven, und häufig sind die Schmerzen gleichzeitig im Gebiete des Trigeminus und des Occipitalis vorhanden, die gebräuchlichen antineuralgischen Mittel versagen gewöhnlich.

Knauer (68) beobachtete eine Kranke mit Augenkrisen. Sie äusserten sich in Anfällen von Schmerzen im Auge mit Thränenfluss, Lichtscheu, Schwellung der Conjunctiva und des ganzen periorbitalen Subcutangewebes in grossem Umkreis und Hyperästhesie im Gebiete des 2. und 3. Trigeminusastes und des Nervus lingualis. Dabei machte K. eine interessante Beobachtung. So lange die Hyperästhesie bestand, waren Geruch und Geschmack für die meisten Qualitäten auf der hyperästhetischen Seite aufgehoben oder herabgesetzt. Zur Erklärung denkt K. an einen „durch den Krisenreiz gesetzten Reflexvorgang" oder daran, dass allgemein in einer Haut- oder Schleimhautfläche „ein für sie specifischer Reiz weniger stark empfunden wird, wenn in ihr die Reizschwelle einer anderen Empfindungsqualität, deren specifische Nervenenden sie ebenfalls enthält, pathologisch herabgesetzt ist". Für die letztere Auffassung spricht die weitere Beobachtung an derselben Kranken, dass während einer vorübergehenden, wie K. annimmt, durch einen krisenartigen Reizzustand der Kältebahnen veranlassten Steigerung der Kälteempfindung in sonst anästhetischen Bezirken, verschiedenartige Reize, z. B. Drücken und Kneifen u. A., nur Kälteempfindungen auslösten. Eine später beobachtete paradoxe Wärmeempfindung in einem umschriebenen

Gebiete erklärt sich K. durch Annahme von Anastomosen der Temperaturbahnen untereinander nach Schlesinger und Hessdörffer und einer der vorherigen Hemmung folgenden reaktiven erhöhten Erregbarkeit des Wärmecentrum.

Gräffner (62) fand in 42.7—61.9% seiner Fälle Kehlkopfsymptome, bestehend in Lähmungen, Krisen und Parakinesen. Sie sind also häufiger als gewöhnlich angenommen wird. Der weitere vorwiegend statistische Inhalt ist zu einem Referat nicht geeignet.

Die Schwankungen des Tabikers beim Romberg'schen Versuch haben nach Erben (60. 61) zwei Ursachen: die Störung der Fusssohlenempfindungen und die Spontanbewegungen der Gelenke in Folge der Abstumpfung der tiefen Sensibilität. E. hat gefunden, dass das Schwanken des Tabikers, wenn man ihn beim Romberg'schen Versuch mit dem Finger einen festen Punkt berühren lässt, im Gegensatze zu dem des Unfallneurasthenikers auffallend gebessert oder beseitigt wird, weil, wie E. annimmt, die eine Ursache des Schwankens — die Störung der Fusssohlenempfindung — dadurch compensirt wird. Das Verhalten des Tabikers bei gespreizten Beinen kann nach E. als Maassstab für den Grad der Gefühlstörung in den Fusssohlen benutzt werden. Schwankungen in nur sagittaler Richtung beweisen, dass nur die Belastung der Ferse von der des Grosszehenballens nicht unterschieden wird. Schwankungen in seitlicher Richtung sind ein höherer Grad von Gefühlsabstumpfung. Sie zeigen bei enger Basis, dass der Kranke die Belastung der beiden Seiten der Fusssohle, bei breiterer Basis, dass er selbst die Belastung des rechten und linken Fusses nicht auseinanderhalten kann.

Haenel (64) glaubt eine typische Form der tabischen Gehstörung abgrenzen zu können, die auf einer Insufficienz der Peronealmuskeln und der kurzen Hüftmuskeln — Glutaeen, M. pyriformis, Obturator internus, Quadratus femoris, Obturator externus — in Folge von sogenannter „Pseudoparese", vielleicht zuweilen sogar wirklichen Paresen beruhe. Die Coordinationstörung der Peronealmuskeln hat die Wirkung, dass die für jeden Schritt grundlegende Bewegung, die Verlegung des Körperschwerpunkts von zwei Beinen auf eines nicht gelingt, da diese Bewegung im Fussgelenk vor sich geht und normaler Weise durch die Peronaeen bewirkt wird. Die Folge davon ist, dass die Sohle des „Gangbeins" am Boden klebt und nur mit übermässiger Muskelanstrengung gehoben werden kann und dass der Patient durch Verbiegungen des Rumpfes in seitlicher Richtung einen Ausgleich zu schaffen sucht. Die Funktionstörung der kurzen Hüftmuskeln bewirkt, dass das Becken auf der Seite des Standbeins nicht gesenkt wird, wenn das andere Bein vom Boden gehoben werden soll. In Folge dessen kippt es nach der Gegenseite um und die Erhebung des Gangbeins wird gestört oder unmöglich gemacht. Noch mehr macht sich diese Störung beim Seitwärtsgang geltend. H. hat durch Uebung der in Frage kommenden Muskelgruppen Besserungen erzielt. Die Uebungstherapie im Allgemeinen hält er für sehr erfolgreich, wenn sie unter ständiger Aufsicht eines die Statik und Mechanik des Ganges genau kennenden Arztes vorgenommen wird.

Thies (90) und Zacharias (93) berichten über je eine Geburt bei Tabes in vorgeschrittenem Stadium. In beiden Fällen blieb die Bauchpresse unthätig. Die Ausstossung der Frucht erfolgte im Falle von Thies lediglich durch die Contraktionen des Uterus, in dem von Zacharias führte ein geringes Missverhältniss zwischen Conjugata vera und biparietalem Kopfdurchmesser zu einer Ueberdehnung des unteren Uterinsegmentes. Die Geburtdauer war in beiden Fällen sehr kurz, die Wehen waren fast schmerzlos. Die Tabes wurde in beiden Fällen wie gewöhnlich nicht verschlimmert, Thies berichtet sogar von einer Besserung in den ersten Wochen nach der Geburt. Jedenfalls ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Tabes nicht indicirt.

Diagnostisches.

94) Apelt, F., Die Bedeutung cytologischer Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit für die Neurologie. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. XX. Erg.-H. p. 1. 1906.

95) Brodski, J., Zur Frühdiagnose der Tabes bei den Weibern. Journ. f. Psych. u. Neurol. 1906. Ref. in Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 1. 1907.

(In 2 Fällen Klitoriskrisen als Frühsymptom.)

96) Broton, M., et J. Minet, Un cas de norvotabes peripherique d'origine alcoolique. Echo méd. du Nord X. 38. 1906.

(Eine 38jähr. Trinkerin bot folgendes Krankheitsbild: Doppelseitige Ptosis, Mydriasis, unausgiebige Pupillonreaktion auf Licht, Tremor der Hände, Romberg'sches Zeichen, ataktischer Gang, Ataxie der Beine im Liegen, Fehlen der Patella- und Achillessehnenreflexe, Tachykardie. Vollkommene Heilung bis auf die Tackykardie, die B. u. M. auf eine Neuritis des Vagus zurückführen.)

97) Burnaud, R., La valeur de la perte unilatéralo du réflexe rotulien dans le diagnostic du tabes. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 4. 1908.

(Mittheilung eines Falles, in dem einseitiges Fehlen des Patellarreflexes und gastrische Krisen die einzigen klinischen Symptome waren. Später wurde die Diagnose noch durch die Lumbalpunktion, die deutliche Lymphocytose orgab, bestätigt. Das Fehlen des Patellarreflexes auf nur einer Seite erklärt sich B. im Sinne Edingor's, da der Kranke Schuhmacher war und beim Beschlagen der Schuhe das Knie des betroffenen Beines als Unterlage benutzte.)

98) Dent, Ernest A., Locomotor ataxia: its early recognition and general management. Brit. med. Journ. Nr. 2452. 1907.

(Nur Bekanntes über Diagnose und Therapie.)

99) Erb, Wilh., Ueber die Diagnose u. Frühdiagnose der syphilogenen Erkrankungen des centralen Nervensystems. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIII. 5 u. 6. 1907.

100) Fanre, M., et G. Desvaulx, Le signe d'Argyll dans le tabes. (XVIII. Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Dijon.) Revue neurol. XVI. 16. 1908.

101) Heitz, Jean. De l'analgésie du nerf cubital à la pression et de la valeur semeiologique de ce signe

dans le tabes. Journ. de clin. Méd. et Chir. Nr. 8. Avril 25. 1906. Ref. in Revue neurol. XXIV. 18. 1906.

(Die Analgesie des Ulnaris ist ein verwerthbares Frühsymptom.)

102) Henkel, Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit bei Geistes- u. Nervenkrankheiten. Arch. f. Psych. XLII. 2. 1907.

103) Nonne, M., u. F. Apelt, Ueber fraktionirte Eiweissausfällung in der Spinalflüssigkeit von Gesunden, Luetikern, funktionell u. organisch Nervenkranken u. über ihre Verwerthung zur Differentialdiagnose, der Dementia paralytica, Tabes dorsalis, tertiären u. abgelaufenen Syphilis. Arch. f. Psychiatrie XLIII. 2. 1907.

104) Ohm, Ein forensisch bedeutungsvoller Fall von gastrischen Krisen. Charité-Ann. XXX. 1906.

(Eine gastrische Krise wurde von dem Pat. auf Fleischvergiftung durch den Genuss von Eisbein zurückgeführt und diese Auffassung durch 2 ärztliche Gutachten bestätigt. Daraufhin Klage auf Schadenersatz gegen den Schlächter wegen Gesundheitschädigung. Die richtige Diagnose wurde vom 3. Arzt (Charité) noch rechtzeitig gestellt und in Folge des zufällig eintretenden Todes des Pat. auch anatomisch bestätigt, so dass es nicht zu einer Verurtheilung kam.)

105) Rosenheck, Charles, The early recognition of tabes dorsalis. New York med. Record LXXII. 9. 1907. (Nichts Neues.)

106) Young, A. de Bord, Diagnosis of tabes in the preataxic stage. New York a. Philad. med. Journ. LXXXIII. 22. June 1906. (Nichts Neues.)

Erb (99) bespricht die Frühdiagnose der syphilogenen Nervenkrankheiten an der Hand zahlreicher interessanter Beobachtungen. Er führt zunächst eine Anzahl von Fällen an, in denen der Ausbildung der Tabes das Bestehen einer isolirten spinalen Miosis viele Jahre hindurch vorausgegangen war, sodann Fälle, in denen reflektorische Pupillenstarre lange, bis zu 12 Jahren, besteht, ohne dass tabische Erscheinungen hinzugetreten sind. In 2 derartigen Fällen fiel auch die diagnostische Spinalpunktion negativ aus, womit bewiesen wurde, dass wenigstens *noch* keine Tabes vorlag. Die Frage, ob die reflektorische Pupillenstarre immer schon beginnende Tabes ist, muss also vorläufig noch unentschieden bleiben. Seine Ansicht über die diagnostische Lumbalpunktion fasst E. dahin zusammen, dass in allen Fällen, wo Tabesverdacht vorliegt und wo andere, zur Lymphocytose führende Processe fehlen, der Nachweis einer ausgesprochenen Lymphocytose des Liquor von allergrösster Bedeutung für die Diagnose der Tabes ist, und ferner, dass in zweifelhaften Fällen, wo der klinische und anatomische Nachweis der Syphilis nicht gelingt, der Nachweis der spinalen Pleocytose das Vorhandensein der syphilitischen Durchseuchung in hohem Grade wahrscheinlich macht. Freilich kann E. auch einige Fälle anführen, in denen der positive Ausfall irreführend war. Auch weist er auf die vielen noch bestehenden Unklarheiten, z. B. über die anatomischen Bedingungen, über das Verhältniss zu den anderen tabischen Erscheinungen u. s. w. hin und fordert aus diesen Gründen zunächst ein weiteres gründliches Studium dieser Fragen. Schliesslich geht E. noch kurz auf die serodiagnostischen Methoden ein, deren Ergebniss er begreiflicher Weise mit besonderer Genugthuung begrüsst.

Henkel (102) hat die Cerebrospinalflüssigkeit 7mal bei Tabes und ausserdem bei zahlreichen anderen Krankheitformen untersucht und hat u. A. folgendes gefunden: „regelmässig erhebliche Zellenvermehrung, Vorhandensein von Serumalbumin und Vermehrung des Serumglobulins bei der progressiven Paralyse, Tabes, Lues cerebri und cerebrospinalis, Meningitis der verschiedensten Formen. Constant waren diese Erscheinungen auch bei Tumor cerebri jedoch geringeren Grades. Aehnlich verhält es sich bei Myelitis. Hier war jedoch auffallend die starke Eiweissvermehrung im Gegensatz zu der relativ geringen Zellenvermehrung. Wechselnd war das Verhalten der Erkrankungen arteriosklerotischer Art, bei der multiplen Sklerose und Syringomyelie. Bei früherer Lues ohne Organerkrankung war zuweilen eine geringe Lymphocytose vorhanden."

Nonne und Apelt (94. 103) berichten über ausgedehnte cytologische und chemische Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit bei Paralyse, Tabes, manifester und überstandener Syphilis und anderen Krankheitformen. Von ihren Ergebnissen sei Folgendes erwähnt: Von 76 Tabikern zeigten 95% Zellenvermehrung, der gleiche Procentsatz fand sich in 95 weiteren aus der Literatur zusammengestellten Fällen. Bei manifester Lues betrug der Procentsatz der Fälle mit Lymphocytose 80%. Sie war aber auch bei 40% der untersuchten Neurastheniker und Nervengesunden (im Ganzen 97), die Lues überstanden hatten, vorhanden. A. ist daher mit früheren Untersuchern der Ansicht, dass die cytologische Untersuchung zwar eines der wichtigsten Hilfsmittel für die Frühdiagnose bei Tabes und Paralyse ist, dass sie aber für die Differentialdiagnose zwischen Tabes einerseits und Neurasthenie, Pseudotabes alcoholica oder Hysterie mit früherer Lues andererseits nur dann verwandt werden kann, wenn eine *starke* Lymphocytose sich findet.

Zur chemischen Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit haben sich N. und A. der Methode der fraktionirten Eiweissausfällung bedient, die sie gegenüber früheren Untersuchern etwas modificirt haben. Sie untersuchten zunächst auf die durch Halbsättigung mit Ammoniumsulfat in einem Zeitraum von 3 Minuten ausfallenden Eiweisskörper (vielleicht Globuline), sodann auf die durch Kochen mit Essigsäurezusatz fällbaren. Der erste Theil dieser Untersuchung, von ihnen „3 Minuten-Probe" oder kurz „Phase I" genannt, zeigt bei positivem Ausfall einen pathologischen Eiweissgehalt an und ist nach ihrer Erfahrung ein sehr werthvolles diagnostisches Hülfsmittel, weil die Probe „einerseits bei Nervengesunden und Neurasthenikern ebenso ausfällt wie die Cytodiagnose, andererseits auch dann nicht versagt, wenn die Cytodiagnose versagt". So fanden N. und A., dass die „Phase I"

bei 22 Paralytikern immer, bei 17 Tabikern 16mal positiv war. Schwach positiv fiel die Probe auch in 15 Fällen von tertiärer Lues aus. Dagegen trat bei 18 Kranken mit allgemeinen nervösen Beschwerden und inneren Krankheiten, die früher an Lues gelitten hatten, keine Reaktion bei „Phase I" ein. Eine Einschränkung erhalten diese Resultate allerdings dadurch, dass in einigen Fällen, in denen Lues nicht vorlag und auch früher nicht bestanden hatte, doch ein positiver Ausfall zu verzeichnen war. Die Methode bedarf also zunächst noch gründlicher Nachprüfung, zu der N. und A. selbst dringend auffordern. Eine Vermehrung des Gesammteiweisses war bei Tabikern in 60% der Fälle, bei Paralytikern in allen Fällen vorhanden.

Faure und Desvaulx (100) haben bei 900 Tabikern das Argyll'sche Symptom 17mal vermisst, während andere Pupillenstörungen meist vorhanden waren. Sie rechnen es daher zwar noch zu den Kardinalsymptomen, heben aber hervor, dass es zur Diagnose Tabes nicht unbedingt erforderlich ist.

Therapeutisches.

107) Frenkel-Heiden, S., Allgemeine Behandlung der Tabes. New Yorker med. Mon.-Schr. XIX. 1. p. 8. 1907. (Vortrag. Nichts Neues.)

108) Fuchs, Alfred, Symptomatische Therapie u. Pflege bei Tabes dorsalis. Beihefte der Med. Klinik IV. 5. 1908. Mit 1 Karte u. 7 Abbildungen im Text.

109) Hudovernig, Karl, Wann ist bei Tabes u. Paralysis progressiva die antiluetische Behandlung indicirt? Ungar. med. Presse XI. 28. 1906. (Ref. nach Orvosok Lapja Nr. 22.)

(„1. Wenn seit der syphilitischen Infektion eine verhältnissmässig kurze Zeit [3—5—6 Jahre] verstrichen ist, 2. wenn die vorangegangene Lues überhaupt nicht oder nur ungenügend behandelt wurde, 3. wenn die Erkrankung des Nervensystems nicht sehr vorgeschritten ist und der Kräftezustand des Patienten ein erträglicher ist und endlich 4. wenn zu gleicher Zeit richtige syphilitische Erscheinungen nachgewiesen sind.")

110) Laqueur, A., Die hydrotherapeutische Behandlung der Tabes dorsalis. (Nach Erfahrungen in der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin.) Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 44. 1906.

(Detaillirte Vorschriften. Zum Referat nicht geeignet.)

111) Milian, Le traitement étiologique du tabes. Progrès méd. 3. S. XXIII. 25. 1908.

(M. glaubt, durch Quecksilberkuren Stillstände und Besserungen erzielt zu haben.)

112) Pope, F. M., The treatment of locomotor ataxy by fibrolysin. Brit. med. Journ. Nr. 2425. p. 1471. 1907.

(P. will nach Fibrolysininjektionen in einem Falle Besserung der Ataxie und Wiederkehr der Patellarreflexe beobachtet haben.)

113) Raitz, J. v., The treatment of tabes dorsalis. New York a. Philad. med. Record LXIX. 20. 1906.

(R. glaubt, den tabischen Process durch Elektrotherapie beeinflussen zu können und giebt eingehende Vorschriften für die Anwendung. Ausserdem allgemeindiätetische und symptomatische Therapie. Antisyphilitische Kuren verwirft er, weil er Gegner der Syphilistheorie ist.)

114) Sarhó, A. v., Die Therapie der Tabes nach neueren Gesichtspunkten. Wien. klin. Wchnschr. XX. 42. 1907.

(Ausführliche Vorschriften, die von ziemlich grossem Optimismus zeugen. Als Hauptsache wird energische antiluetische Behandlung empfohlen. Ferner Vermeidung von Anstrengungen wegen des Aufbrauches. Eventuell Berufswechsel, Parterrewohnungen nehmen!)

115) Squier, J. Bentley, The bladder in tabes. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 22. 1908.

116) Tailor, E. W., and Edward A. Lindström, Experience in the treatment of tabes by coordinative exercises. Boston med. a. surg. Journ. CLV. 24. 1906.

(T. u. L. sind für allgemeine Anwendung der Uebungstherapie, wenn sie nicht durch Complikationen, z. B. von Seiten des Herzens, durch Fettsucht, durch starke Hypotonie oder zu weit vorgeschrittene Ataxie und Aehnliches contraindicirt ist. Nothwendig ist genaue ärztliche Ueberwachung und genügend lange Fortsetzung, mindestens bis zu ½ Jahr. Besonderen Nutzen hat T. von gemeinschaftlichen Uebungen mehrerer Kranker [„class system"] gesehen.)

117) Tobias, E., u. E. Kindler, Die physikalische Behandlung der Tabes dorsalis. Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 10. 1907.

(Ablehnung der Schmierkur. Warnung vor planloser Gymnastik. Massage, Uebungsbehandlung nach Frenkel und besonders Hydrotherapie werden empfohlen. Im Allgemeinen ist kaltes Wasser zu vermeiden, besonders bei progredienter Tabes. Elektrotherapie bei Schmerzen.)

118) Vinesch, V., Die Behandlung der Ataxie Tabischer durch die Rückerziehungsmethode. România med. 19. 20. 1905.

[Die Erziehung Tabischer, zuerst von Leyden angedeutet und dann von Frenkel zu einer eigenen Methode erhoben, ist in der Abtheilung von Marinescu seit 9 Jahren eingeführt und V. hat dortselbst eine Gesammtzahl von 132 Ataktikern (115 Männer und 17 Frauen) in Behandlung gehabt. Die Erfolge waren sehr zufriedenstellende. Auch in vorgeschrittenereu Fällen war eine deutliche Besserung zu bemerken, während in ganz schweren Fällen nur nach langer Zeit und vieler Mühe eine Besserung zu beobachten war. V. hat einige neue Apparate angegeben und an den existirenden verschiedene Verbesserungen angebracht, sonst aber die Principien der Frenkel'schen Behandlung befolgt. E. Toff (Braila).]

119) Vries-Reilingh, D. de, Verbesserung des peripherischen centripetalen Neurons bei Tabes dorsalis durch die *Frenkel*'sche Uebungstherapie. Ther. d. Gegenw. XLIX. 8. 1908.

Fuchs (108) bespricht eingehend die Therapie der Tabes. Er verwirft antiluetische Kuren im Allgemeinen, weil er auf dem Standpunkte steht, dass nicht die syphilitischen Toxine, sondern die Antitoxine die Krankheit erzeugen. Für unbedingt contraindicirt hält er die antiluetische Behandlung 1) bei beginnender Opticusatrophie, 2) bei schwerer Kachexie, für relativ contraindicirt bei ausgesprochenem Krankheitbild, weil sie nichts nützt. Die übrige Darstellung wird sich jedem Praktiker sehr brauchbar erweisen, sie beruht auf maassvollen Anschauungen und kritischer Auswahl.

de Vries-Reilingh (119) bestreitet, dass die Wirkung der compensatorischen Uebungstherapie auf einer Umstimmung der Rindencentren im Sinne von Frenkel und Jakob beruht und nimmt an, dass eine Uebung des peripherischen centripetalen Neurons stattfindet. Als Stütze für diese Ansicht dienen ihm Untersuchungen an einem Tabiker, der Verlangsamung der Gefühlsleitung an den Beinen bot. de V.-R. stellte durch Messungen am Kymographion die Reaktionzeit und Reflexzeit für die

einzelnen Gefühlsqualitäten zu verschiedenen Zeiten fest und fand, dass sich die Leitungsgeschwindigkeit durch Uebungen innerhalb mehrerer Monate sehr bedeutend bessern liess. Diese Uebungen bestanden für den Bewegungssinn ausser in den gebräuchlichen aktiven, auch in passiven Bewegungen, die der Patient anfangs mit den Augen verfolgen, später bei geschlossenen Augen beschreiben musste, für den Tastsinn in Berührungen, deren Ort vom Patienten mit offenen oder geschlossenen Augen angegeben werden musste u. s. w. Auch die Reflexzeit wurde durch Uebungen, die im Auslösen von Reflexen bestanden, abgekürzt. Die schliesslich erreichte Verringerung der Reaktionzeit war so beträchtlich, dass sie sich durch cerebrale Uebung nicht erklären lässt. Noch mehr spricht gegen diese Erklärung die Abkürzung der Reflexzeit. Die Besserung der Leitungsgeschwindigkeit muss daher in die Peripherie verlegt werden. Da die Leitungsverzögerung sowohl die Perception, als auch die Reflexe betraf, nimmt de V.-R. an, dass die anatomische Läsion peripherisch von der Abzweigung der Reflexcollateralen ihren Sitz hat, und da die Reflexe, deren Uebung erst später als die des Tast- und Bewegungsinnes angefangen wurde, noch zu einer Zeit verlangsamt waren, als sich die Leitungsgeschwindigkeit der Gefühlsbahnen bereits gebessert hatte, folgert er, dass auch die Reflexcollateralen selbst in Mitleidenschaft gezogen sind. Ferner kommt er zu dem Schlusse, dass für jede Gefühlsqualität eine isolirte peripherische Leitung besteht, da es sich zeigte, dass immer nur oder doch wenigstens vorwiegend die Gefühlsqualität, die geübt wurde, sich bezüglich der Leitungsgeschwindigkeit besserte.

Squier (115) will die Uebungstherapie auch auf die Blase ausdehnen. Die Blase wird mit dem Katheter gefüllt und der Patient muss sich anstrengen, sie zu leeren [!]. Ferner soll durch adstringirende Instillationen in die hintere Urethra die Contraktibilität der Blase gebessert werden [!! *Ref.*].

B. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

353. **Une conception générale des anticorps et de leurs effets.** *II. Les anticorps des albuminoides et des cellules;* par M. Nicolle et G. Abt. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 2. p. 132. 1908.)

Nach N. u. A. besteht keinerlei Unterschied zwischen den Antikörpern der Albumineide und der Zellen, während die gelösten Texine eine besondere Gruppe bilden. Letztere sind sehr coagulabel, sehr geeignet, Coaguline zu erzeugen, sind streng specifisch, besitzen eine grosse Affinität gegenüber den Antikörperbildnern und gegenüber den Zellen, sie sind das Produkt einer wahren Sekretion. Im Gegensatze hierzu sind die Endotoxine weniger coagulabel, empfindlich gegenüber Lysinen, dialysiren verhältnissmässig leicht, ihre Specifität ist weniger eng, sie besitzen kaum Affinität zu Antikörperbildnern, sie sind als die Essenz der Zellensubstanz selbst anzusehen. Walz (Stuttgart).

354. **Relations entre le venin de cobra et son antitoxine;** par A. Calmette et L. Massel. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 12. p. 929. 1907.)

Die Frage, ob Toxine und Antitoxine sich zu einer chemischen Verbindung vereinen oder in der Mischung beider jedes seine Specialeigenschaften behält, ist bisher noch nicht entschieden. Die Versuche mit Schlangengift zeigen, dass die Vereinigung von Antitoxin und Gift ganz andere Eigenschaften hat, als die Componenten. Cobragift ist in 50—80proc. Alkohol löslich, in Gegenwart von antitoxischem Serum aber unlöslich. Antitoxin wird in Gegenwart von Gift nicht durch 80proc. Aethylalkohol zerstört. Antitoxin wird bei 68° zerstört, ist aber Gift vorhanden, ist es noch bei 75° thermostabil. In Gegenwart der meisten mineralischen und organischen freien Säuren und bei 72° wird das Antitoxin in dem Gemisch von Serum und Gift thermolabil, das Gift wird frei, ist also vom Antitoxin nicht zerstört. Man muss daher annehmen, dass es sich um eine dissociable Combination zwischen Toxin und Antitoxin handelt.

Walz (Stuttgart).

355. **Weiteres über die sogenannten nichtbakteriellen Aggressine;** von E. Tedeschi. (Centr.-Bl. f. Bakteriel. u. s. w. XLVI. 4. p. 363. 1908.)

T. hat schon früher mit einem Protoin, dem Abrin, eine Substanz unbekannter Natur erzeugen können, die er als Aggressin bezeichnete. Auch mit Alkaloiden (Nicotin, Morphin, Cocain) lässt sich eine Substanz erzeugen, deren wichtigste Eigenschaft darin besteht, die Wirkung der entsprechenden ungewandten texischen Substanz zu befördern und zu vervielfachen. Walz (Stuttgart).

356. **Untersuchungen mit photodynamischen Stoffen (photobiologischen Sensibilisatoren);** von Dr. A. Reitz. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 3. 4. 5. p. 270. 374. 451. 1907.)

Fluorescin erwies sich in der Verdünnung 1:100 (Lösung mit $^1/_4$ Natronlauge) Typhusbacillen gegenüber als giftig (zugleich Wirkung von NaOH). Die photodynamische Wirkung des Fluorescins ist bei 24stündiger Exposition in der Verdünnung von 1:1000 bemerkbar, ist aber gegenüber Typhusbacillen gering, ebenso gegenüber Diphtheriebacillen und anderen Bakterien.

Fluorescinanilid 1:100 erwies sich gegenüber Typhus- und Diphtheriebacillen als giftig. Bei 1:1000 trat gegenüber ersteren nach 25 Minuten Agglutination ein. Die photodynamische Wirkung war gering.

Eosin, gelblich und bläulich, bewirkt charakteristische Körnchenfärbung im lebenden Typhusbacillus, die sich zur Differenzirung gegenüber Coli benutzen lässt. Seine photodynamische Wirkung ist viel stärker als die der beiden ersteren Stoffen.

Walz (Stuttgart).

357. **Untersuchungen über den Angriffsort der photodynamischen Substanzen bei Paramaecien;** von H. v. Tappeiner. (Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 290. 1908.)

Die Arbeit kommt zu folgenden Ergebnissen: „Paramaecien, welche, mit Eosin versetzt, einige Zeit im Dunkeln gehalten werden, zeigen sich nicht stärker sensibilisirt, als die sofort belichteten. Ebenso zeigen sie sich kaum merkbar sensibilisirt nach Entfernung der Eosinlösung durch Filtration. Die einfachste Erklärung hierfür giebt die Annahme, dass das Eosin entweder gar nicht, oder nur in Spuren im Dunkeln in das Zellinnere aufgenommen wird, der Angriffspunkt des Eosins bei der Sensibilisirung mithin ein ganz peripherer ist. Dichloranthracendisulfonsäure und Methylenblau werden dagegen in wirksamer Form im Dunkeln von der Zelle aufgenommen; der primäre Angriffspunkt ist hier daher wenigstens zum Theil intracellulär, wenn daneben wahrscheinlich auch noch eine periphere Wirkung angenommen werden muss. Das Wesen dieser peripheren Wirkung besteht wahrscheinlich in einer photochemischen Veränderung der Zellplasmahaut."

Isaac (Wiesbaden).

358. **Untersuchungen über den Angriffsort der fluorescirenden Substanzen auf rothe Blutkörperchen;** von Prof. Fr. H. v. Tappeiner. (Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. 1908.)

Eosin und dichloranthracendisulfonsaures Natrium üben im Dunkeln bei Zimmertemperatur keine stärkere Schädigung rother Blutkörperchen aus. Derartig behandelte und dann von den Lösungen abgetrennte Blutkörperchen werden hämolysirt, wenn sie Lichtstrahlen ausgesetzt werden, die an sich nach 6 Stunden nicht hämolytisch wirken. Eosin und dichloranthracendisulfonsaures Natron werden also in die Blutkörperchen in einer Form aufgenommen, die noch sensibilisirend wirkt. Trotz dieser Innenwirkung ist die beim Belichten rother Blutkörperchen in fluorescirenden Lösungen auftretende Hämolyse zum Theil zunächst Aussenwirkung, d. h. die Wirkung von Farbstoff, der nicht an den Blutkörperchen haftet, da die Hämolyse beim Belichten in der Lösung schneller eintritt, als nach deren vorheriger Entfernung. Der Eintritt der Hämolyse ist unabhängig von der Zeit, in der die Blutkörperchen mit den fluorescirenden Stoffen in Berührung waren, dagegen abhängig von der Concentration der letzteren. Methylenblau zeigt nur Aussenwirkung, weil es nach der Aufnahme in die Erythrocyten in eine unwirksame Form übergeht; Phenosafranin zeigt Innen-, wie Aussenwirkung. Die von den Blutkörperchen aufgenommenen fluorescirenden Stoffe gehen bei längerem Stehen wieder aus ihnen heraus.

Isaac (Wiesbaden).

359. **Ueber die Dunkelwirkung fluorescirender Stoffe auf Eiweiss, Toxine und Fermente und ihre Reversibilität;** von T. Kudo und A. Jodlbauer. (Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. 1908.)

Viele fluorescirende Stoffe hemmen auch ohne Lichtzutritt die specifischen Wirkungen von Toxinen, allerdings in höherer Concentration. Es handelt sich hierbei um eine Adsorptionwirkung, da es durch nachträgliche Verdünnung gelingt, die Wirkung wieder aufzuheben. Die Bindung ist dagegen irreversibel, wenn die Dunkelwirkung auf Toxin bei erhöhter Temperatur stattfindet. Die Anwesenheit von Alkali setzt die Dunkelwirkung bedeutend herab. Eine Beziehung zwischen Dunkelwirkung und Lichtwirkung besteht nicht.

Isaac (Wiesbaden).

360. **Ueber die in den Samenschalen von Cucurbita Pepo enthaltenen Hemicellulosen;** von N. Castoro. (Ztschr. f. physiol. Chemie LII. 5 u. 6. p. 521. 1907.)

Als Bestandtheile der Samenschalen wurden Xylan und Galaktan, ersteres in grösserer Menge, derart festgestellt, dass das Xylan in Xylose übergeführt und Galaktan zu Schleimsäure oxydirt wurde. Die erhaltene Xylose zeigte die richtige Drehung und gab reines Xyloseosazon vom Smp. 161—162°, sowie die Pentosereaktion mit Salzsäure und Phloroglucin. Es folgt darauf die Beschreibung einer von Prof. H. C. Schellenberg ausgeführten mikroskopischen Untersuchung.

Kubler (Leipzig).

361. **Vergleichende Untersuchungen über das Verhalten der Frauenmilch zu Säure und Lab;** von Dr. Engel. (Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. 1908.)

Die Gerinnung der Frauenmilch durch Säure ist an eine optimale Acidität gebunden, die bei Salz-, Milch-, Oxal- und Schwefelsäure zwischen 2 und 3 ccm $\frac{n}{10}$-Säure für 10 ccm Milch liegt; bei der Essigsäure und Phosphorsäure ist das Säureoptimum nicht so eng begrenzt und liegt zwischen 5—12 ccm $\frac{n}{10}$-Säure auf 10 ccm Milch. Bei Säurelabgerinnung tritt die stärkste Gerinnung ebenfalls bei den erwähnten Säureoptima ein; die Säurelabgerinnung unterscheidet sich jedoch von der einfachen Säuregerinnung dadurch, dass diesseits und jenseits des Säureoptimum noch eine beträchtliche Wirkungzone liegt. Nach E. beruht die Bedeutung des Labs für den Säugling hauptsächlich darauf, dass es den Körper von dem scharf begrenzten Optimum der Säurefällung emancipirt. Die optimale Säurewirkung ist an Vollständigkeit der Fällung der Säurelabwirkung, die dafür schneller eintritt, überlegen. Durch Säure wird Casein, durch Säure und Lab eine kalkhaltige Verbindung des Caseins gefällt. Isaac (Wiesbaden).

362. **Ultramikroskopische Beobachtungen über das Verhalten der Caseinsuspension in der frischen Milch und bei der Gerinnung;** von Prof. Alois Kreidol und Dr. Alfred Neumann. (Arch. f. Physiol. CXXfII. 9 u. 10. p. 523. 1908.)

Die Arbeit liefert einen sehr werthvollen Beitrag zur Kenntniss der Caseinvertheilung in der Milch und des Zustandes, in dem es sich in der Milch befindet. Bisher wurde trotz gewichtiger Gegengründe immer noch gelegentlich die Ansicht laut, das Casein überziehe die Fettkügelchen der Milch mit einer feinen dünnen Hülle und komme im Milchserum nicht frei vor. Demgegenüber ist es K. u. N. nun gelungen, mittels des Reichert'schen Spiegelcondensors den Nachweis zu erbringen, dass sich in der Milch zwischen den sogen. Milchkügelchen eine ganze Unmenge allerkleinster Theilchen, die sich ihrer minimalen Grösse entsprechend beständig in Brown'scher Molekularbewegung befinden, im Milchserum suspendirt vorfindet. Da diese kleinsten Theilchen auf Zusatz von Pancreon oder Pepsin zur Milch verschwinden, da sie sich in der Molke (= Milch minus Casein) überhaupt nicht finden, und da weiterhin in einer nach der modificirten Hammarsten'schen Methode gewonnenen reinen Caseinlösung die Theilchen in enormer Concentration sich nachweisen lassen, so dürfen sie mit gutem Rechte als Caseinpartikelchen angesprochen werden. Es darf damit also als bewiesen erachtet werden, dass sich das Casein in einem „colloidalen Lösungszustand" befindet.

Im Ultramikroskop liess sich auch sehr schön verfolgen, wie die kleinen Partikelchen beim Gerinnen der Milch nach Labzusatz sich allmählich mit einander verbinden und sich zu immer grösser werdenden Complexen zusammenballen.

Das bisher Gesagte bezieht sich auf die Verhältnisse bei der Kuh-, Ziegen-, Elefanten- und Pferdemilch. Bei der Frauenmilch scheint das Casein sich dagegen in wirklicher Lösung zu befinden. Wenigstens fehlen bei ihr die beschriebenen kleinsten Theilchen zunächst vollständig. Es liess sich aber zeigen, dass das Casein der Frauenmilch sich dem der anderen Milcharten ganz analog verhält, sobald man die Acidität der Frauenmilch auf die Höhe der in der Kuhmilch vorhandenen bringt. Auch bezüglich der Gerinnung verhält sich die Frauenmilch des Weiteren dann genau wie die anderen untersuchten Milcharten.

Dittler (Leipzig).

363. **Beiträge zur Kenntniss der Zusammensetzung des Fettes der Kuhmilch;** von W. Fleischmann und H. Warmbold. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXII. 3. p. 375. 1907.)

Fl. u. W. stellten bei einer grösseren Anzahl von Verbrennungen von Milchfett für dieses einen durchschnittlichen Kohlenstoffgehalt von 74.78% und einen Wasserstoffgehalt von durchschnittlich 11.46% fest. Diese Werthe lassen sich einigermaassen mit den Annahmen über die quantitative Zusammensetzung der Triglyceride und ihrer Säuren in Einklang bringen. Dittler (Leipzig).

364. **Zur Kenntniss der Blutlipase;** von Dr. Hugo Přibram. (Centr.-Bl. innere Med. XXIX. 4. 1908.)

Př. stellte fest, dass bei einigen fieberhaften Krankheiten im Blutserum eine Lipase nachweisbar ist; er vermag aber noch nicht zu sagen, wie weit als Ursache dafür die Infektion oder die Milchdiät anzusehen ist. Dippe.

365. **Ueber das Molekulargewicht des Oxyhämoglobins;** von G. Hüfner u. E. Gansser. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 209. 1907.)

Mit Hülfe der Methode der Bestimmung des osmotischen Druckes wurde das Molekulargewicht des Pferdeoxyhämoglobins und des Rinderoxyhämoglobins auf 15115, bez. 16321 berechnet. H. u. G. ist es aber „aus mancherlei Gründen" noch zweifelhaft, ob die Molekulargewichte der beiden Oxyhämoglobinarten wirklich in dem angegebenen Maasse von einander verschieden sind. Als sicher bewiesen aber darf die Thatsache hingestellt werden, dass 1 Molekül Oxyhämoglobin zusammengesetzt ist aus 1 Molekül Sauerstoff und 1 Molekül Hämoglobin. Dittler (Leipzig).

366. **Quantitative Untersuchungen über den Reststickstoff des Blutes;** von H. Hohlweg und Hans Meyer. (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. p. 381. 1908.)

Die für den Ausfall der Untersuchungen ausschlaggebende Methode der Entfernung des coagulablen Eiweisses aus dem Blutserum war folgende:

Digitized by Google

Das durch vorsichtiges Schlagen des Blutes und Absetzenlassen der geformten Elemente gewonnene Serum wurde mit einer Mischung gleicher Theile 1proc. Essigsäure und 5proc. Monokaliumphosphat-Lösung bis zur sauren Reaktion gegen Lackmus, aber noch neutralen Reaktion gegen Congo versetzt und nach entsprechender Verdünnung mit Wasser unter Zusatz von Kochsalz bis zur Halbsättigung der Gesammtflüssigkeit coagulirt. Im Kochsalzfiltrate wurde durch Tanninfällung einerseits und Harnstoffbestimmung andererseits der gesammte Reststickstoff regelmässig in 3 Componenten zerlegt. Es ergab sich eine absolute Erhöhung des Gesammtreststickstoffes im Blute der verdauenden Thiere gegenüber dem Hungerzustande, die allerdings in weiten Grenzen schwankt. Die Mittelzahlen sind für 100 ccm Serum im Hunger 0.0525 g und in der Verdauung 0.0788 g. In allen Fällen wird der Hauptantheil des Reststickstoffes vom Harnstoffe gebildet. Die Mittelzahlen sind für 100 ccm Serum im Hunger 0.0384 g und in der Verdauung 0.0567 g Harnstoffstickstoff. Im Hunger wie während der Verdauung beträgt der Procentantheil des Harnstoffes am Gesammtreststickstoffe 73%. Die Fraktion der tanninfällbaren Körper, die die Albumosen enthalten, zeigt kein constantes Vorhalten. Deshalb lässt sich nicht behaupten, dass die Anwesenheit der geringen Mengen von Biurot-Reaktion gebenden Stoffen im Serum, an der H. u. M. auf Grund ihrer Versuche festhalten, mit der Eiweissresorption in erkennbarem Zusammenhange steht, wie auch nicht behauptet werden kann, dass die die Biuret-Reaktion gebenden Stoffe des Blutserum den Verdauungsalbumosen angehören. Nach Fütterung mit an Deuteroalbumosen reichem, stickstoffhaltigem Materiale ergab sich keine Erhöhung der Albumosenfraktion gegenüber den Standardzahlen bei Fleischfütterung, so dass sich daraus ein vermehrter Uebertritt von unverdauten Deuteroalbumosen in das Blut nicht entnehmen lässt. Weintraud (Wiesbaden).

367. **Zur Kenntniss der Giftsubstanzen des artfremden Blutes;** von G. Lefmann. (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. p. 255. 1908.)

Die Frage nach der Giftigkeit körperfremden Blutes ist von besonderem praktischen Interesse, seitdem man den Versuch gemacht hat, körperfremdes, dem Blute entstammendes Material auch zu anderen Heilzwecken als zum Ersatze grosser Blutverluste (Transfusion) zu verwenden. L. hat nach dem Vorgange von Bang und Forsmann durch Extraktion mit Aether aus den gewaschenen Blutkörperchen, die mit der Giftwirkung behafteten Blutkörperchenlipoide isolirt und gefunden, dass die intravenöse Injektion von Lipoidsubstanzen artfremder rother Blutkörperchen beim Hunde, bei der Katze und beim Kaninchen ein Vergiftungsbild hervorruft, das sich durch Blutdrucksenkung, Athmungs- und Pulsbeschleunigung, Erscheinungen von Lähmung und Narkose kennzeichnet. Die Lipoidsubstanzen der artgleichen rothen Blutkörperchen sind für den Hund und für das Kaninchen in der Regel ungiftig, für die Katze zwar giftig, jedoch erst in viel grösserer Menge als die artfremden Lipoidsubstanzen. Die heftig wirkenden Lipoidsubstanzen sind in wasserfreiem Aether löslich, in Alkohol und Chloroform unlöslich. Die lipoiden Substanzen lassen sich aus einer Kochsalzemulsion durch Schütteln mit Olivenöl grösstentheils entfernen. Sie sind, mit einer Kochsalzlösung zu einer Emulsion gebracht, thermostabil. Weintraud (Wiesbaden).

368. **Zur Kenntniss des Lysinogens der Blutscheiben;** von Kenji Takaki. (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. p. 274. 1908.)

Zum Studium der chemischen Natur jenes Bestandtheiles der Blutscheiben, der die Hämolysinbildung auslöst, extrahirte T. grosse Mengen getrockneter Blutkörperchen vom Pferde wiederholt mit kochendem Benzol. Nur die ersten 3—4 Extrakte sind wirksam, die späteren nicht mehr. Es wird die lysinogene Substanz aber in den ersten 100 Stunden keineswegs vollständig extrahirt, auch wird sie durch das lange Kochen nicht zerstört oder unwirksam. Denn selbst nach 160 Stunden Extraktion hat das Blutkörperchenpulver noch die Fähigkeit, Hämolysinbildung zu veranlassen. Wahrscheinlich wird die anfängliche gute Extrahirbarkeit durch die Anwesenheit anderer Blutkörperchenbestandtheile bedingt, wie ja die Löslichkeit von Lipoiden durch die Anwesenheit anderer Substanzen in hohem Maasse beeinflusst wird. Durch Behandlung mit Aceton lässt sich aus dem Benzolextrakte als braunes Pulver ein Rohlysinogen erhalten, das in Aether, Chloroform, Essigäther, Petroläther, heissem und kaltem Alkohol, heissem und kaltem Aceton, kaltem Benzol, Xylol und Wasser unlöslich ist, während es theilweise von kochendem Benzol, ziemlich vollständig von $^1/_4$ n-Natronlauge in der Kälte gelöst wird. Nach Behandlung mit verdünnter Natronlauge zeigt aber der physiologisch wirksame Bestandtheil, das eigentliche Lysinogen, Wasserlöslichkeit.

Weintraud (Wiesbaden).

369. **Ueber den zeitlichen Ablauf der Hämolyse bei der Belichtung sensibilisirter rother Blutkörperchen;** von O. Harzbecker und A. Jodlbauer. (Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 306. 1908.)

Die Versuche, bei denen Tetrabromfluorescein-Natrium (Eosin) und dichloranthracendisulfonsaures Natrium als Sensibilisatoren dienten, ergaben, dass die Hämolyse erst nach längerer Belichtungsdauer eintritt und erst ganz allmählich vollständig wird. Verfolgt man die Lichtreaktion auf die mit Eosin sensibilisirten Erythrocyten mikroskopisch, indem man einerseits den zur Belichtung dienenden Rea-

genzgläsern in kurzen Zwischenzeiten Tropfen entnimmt, andererseits die Belichtung im hängenden Tropfen selbst vornimmt, so zeigt sich im ersteren Falle eine anfängliche Quellung mit nachfolgender Auflösung des Blutkörperchens, im zweiten Falle ebenfalls anfänglich eine Quellung, dann aber eine immer stärkere Aufnahme des Farbstoffes in die Zellen, ohne dass letztere ihre Gestalt verändern, wahrscheinlich wegen der Coagulation ihrer Eiweisskörper. Letztere ist die Folge der stärkeren Wirkung der Lichtstrahlen im hängenden Tropfen.

Isaac (Wiesbaden).

370. **Untersuchungen über die Seifenhämolyse, unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen den Seifen und den complexen Hämolysinen des Blutserums;** von Max Friedemann und Fritz Sachs. (Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 259. 1908.)

Fr. u. S. untersuchten zunächst, ob die von Noguchi und v. Liebermann als künstliche Hämolysine verwandten Seifen (oleinsaures Natron u. s. w.) in ihrem Wirkungsmechanismus den natürlichen Hämolysinen des Blutserum entsprechen. Die den Seifenserumgemischen zuertheilte Complementnatur konnte nicht bestätigt werden, da ein noch gerade wirksames Gemisch von oleinsaurem Natron und Pferdeserum erst bei 70° seiner hämolytischen Kraft beraubt wurde, da ferner die Seifen, die durch grössere Mengen zugesetzten inaktiven Serums hämolytisch unwirksam geworden waren, eine Aktivirung von Amboceptoren nicht bewirken konnten. Weiter zeigten Fr. u. S. die Hemmung der Seifenhämolyse durch Natronlauge und Calciumchlorid, sowie die Verankerung der Seifen an die Blutkörperchen bei einer Temperatur von 0°. Auch bei dem Zusammenwirken von Seifen und Oelsäure auf Blutkörperchen handelt es sich nicht um Complement-Amboceptorwirkung, sondern um eine einfache Summation der hämolytischen Funktion der Seife und derjenigen der Oelsäure. Eben so wenig findet eine Aktivirung der Oelsäure durch Serum statt; es handelt sich auch hier um Seifenhämolyse, die allerdings durch nachträglichen Zusatz von Serum ganz beträchtlich beschleunigt wird.

Isaac (Wiesbaden).

371. **Weitere Beiträge zur Kenntniss der Seifenhämolyse;** von Fritz Sachs. (Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 278. 1908.)

S. konnte die von v. Liebermann gemachte Beobachtung bestätigen, dass einem Gemisch von Oelsäure, bez. oleinsaurem Natron und Blut hinzugesetztes Blutserum die Hämolyse beschleunigt. Es handelt sich dabei lediglich um eine beschleunigende Wirkung des Serum auf die durch die Seife bedingte Hämolyse und nicht um eine Complettirung der von v. Liebermann als Amboceptor gedachten Oelsäure. In gleicher Weise wie Serum vermochte auch Natronlauge den sofortigen Eintritt der Hämolyse mit oleinsaurem Natron vorbehandelter Blutkörperchen auszulösen, während andere Körper (Säuren, Glycerin, Alkohol, Kochsalzlösung u. s. w.) nicht dazu im Stande waren. Es handelt sich demnach bei dem geschilderten Phänomen um eine katalytische Reaktionbeschleunigung durch die OH-Ione. Diese Auffassung wird weiter durch die Thatsache gestützt, dass die beschleunigende Wirkung des Serum erhöht wurde, wenn in Letzterem durch Actherextraktion die OH-Ionen-Concentration vermehrt worden war. Ebenso wie die Oelsäurehämolyse wird auch die Hämolyse durch andere Seifen durch den Zusatz von Lauge, bez. Serum beschleunigt.

Isaac (Wiesbaden).

372. **Ueber die chemische Zusammensetzung der peripherischen Nerven;** von Dr. Fritz Falk in Strassburg. (Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. 1908.)

F. untersuchte den Nervus ischiadicus des Menschen sowie die marklosen Milznerven des Rindes. In ersterem konnte die Anwesenheit von Cholesterin, Cerebron, Kephalin, Lecithin, sowie eine Reihe nicht näher definirbarer Cerebroside und Phosphatide festgestellt werden. Die marklosen Nervon erwiesen sich, was die besser charakterisirten Stoffe betrifft, als fast ebenso zusammengesetzt wie die markhaltigen, jedoch überwiegen in letzteren die Cerebroside, während die Phosphatide in den marklosen Fasern reichlicher vertreten sind. Der für die Nervenfasern charakteristische phosphorhaltige Körper ist nicht das Lecithin, sondern Kephalin, das hauptsächliche Phosphatid. Chemisch besteht zwischen markhaltigen und marklosen Nervenfasern kein so tiefgreifender Unterschied, wie es nach dem mikroskopischen Bilde zu erwarten war.

Isaac (Wiesbaden).

373. **Der chemische Nachweis der degenerativen Nervenkrankheiten. Bildung von Alkylaminen;** von Koloman Bauer. (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. p. 502. 1908.)

Die Behauptung von Filippo de Filippi, dass im Harn ein tertiäres Amin, und zwar ausschliesslich Trimethylamin vorkommt, konnte B. bestätigen. Die Annahme, dass es durch Zersetzung von Cholin, bez. Lecithin entsteht, erhielt durch quantitative Bestimmungen bei verschiedener Ernährungsweise eine Stütze. Das Maximum wurde an einem Tage gefunden, nachdem Tags zuvor 16 Eier gegeben worden waren. Ebenso wie der Lecithinzerfall scheint anstrengende körperliche Arbeit eine Zunahme der Trimethylamin-Ausscheidung zu bewirken.

In der Cerebrospinalflüssigkeit vermochte B. wohl bei Paralytikern, nicht aber bei Epileptikern tertiäre Aminbasen nachzuweisen, doch war der Ausfall der Reaktion nicht befriedigend. Bei dege-

nerativen Nervenkrankheiten ist die im Harne ausgeschiedene Menge von Trimethylamin vergrössert. Gegenüber 18—26 mg beim Gesunden (bei gemischter Kost) betrug die Durchschnittsmenge bei Tabes 51, bei Myelitis 59, bei Paralysis progressiva 37 mg. Weintraud (Wiesbaden).

374. **Ueber Tetanusgift bindende Bestandtheile des Gehirns;** von Konji Takaki. (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. XI. p. 288. 1908.)

Nach einer Beobachtung von Wassermann und T. besitzen frische Emulsionen von Gehirn und Rückenmark die Fähigkeit, beim Zusammenbringen mit Tetanusgift nach kurzer Zeit dessen Giftigkeit aufzuheben. Untersuchungen von Landsteiner zeigen, dass die Lipoide des Nervensystems dabei eine Rolle spielen. Es liess sich nun feststellen, dass auch das trockene Gehirnpulver noch die giftbindende Wirkung gegen Tetanustoxin besitzt. Die toxinbindende Wirkung kommt den Cerebrosiden zu, dem Gehirnpulver sind beinahe alle entgiftenden Eigenschaften durch heissen Alkohol zu entziehen. Unter den darin übergehenden Substanzen sind die neutralen Cerebroside, vor Allem das Cerebron besonders wirksam; den Cerebrinaciden kommt anscheinend eine schwächere Wirkung zu. Von den Spaltungsprodukten des Cerebrons wirkt nur die Cerebronsäure, aber diese sehr stark giftbindend. Die giftbindende Wirkung der weissen Hirnsubstanz ist grösstentheils auf den Gehalt an den genannten Substanzen zu beziehen; doch ist nicht ausgeschlossen, dass sie in frischem Zustande noch andere antitoxische Stoffe enthält, die bei der Extraktion zerstört werden. Da die graue Substanz, obwohl sehr arm an Cerebrosiden, noch stärker giftbindend wirkt als die weisse, muss sie noch unbekannte im gleichen Sinne wirksame Stoffe enthalten. Weintraud (Wiesbaden).

375. **Zur Bestimmung des Gesammtschwefels im Harne;** von Artur Konschegg. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 274. 1908.)

Die von Schulz (Arch. f. Physiol. CXXI. p. 114. 1907) angegebene Methode für die Bestimmung des Gesammtschwefels im Harne hat den Uebelstand, dass beim Zusatze der rauchenden Salpetersäure oft ein Theil der freigemachten Schwefelsäure in die Luft entweicht. Dieser Vorgang ist nach K. dadurch bedingt, dass die Menge der Harnbasen offenbar in vielen Fällen nicht ausreicht, um die gebildete Schwefelsäure zu binden. K. schlägt darum vor, dem Harn vor dem Erhitzen Kaliumnitrat zuzusetzen; wenigstens erzielte er auf diese Weise sehr gute Resultate. Dittler (Leipzig).

376. **Weitere Beobachtungen über die Kreatininausscheidung beim Menschen;** von C. J. C. van Hoogenhuyze und H. Verploegh. (Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 3 u. 4. p. 161. 1908.)

Die umfangreiche Arbeit schliesst mit folgenden ihre Hauptergebnisse zusammenfassenden allgemeinen Betrachtungen:

„Das Kreatin bildet sich als Stoffwechselprodukt in verschiedenen Organen, unter welchen die Leber eine wichtige Stelle einnimmt. Nach den Untersuchungen Mellanby's hat sich beim Hühnchen das in den Muskeln angesammelte Kreatin wenigstens zum Theil nicht an der Stelle selbst gebildet, sondern ist aus der Leber den Muskeln zugeführt.

Durch das Blut wird nun fortwährend das Kreatin, je nach dem Umfang seiner Bildung in den Geweben, abgeführt. Ein grosser Theil dieses Kreatins wird weiter oxydirt, ein anderer Theil wird in Kreatinin umgesetzt. Das aus dem Verdauungskanal aufgenommene Kreatinin wird im Körper viel schwerer zersetzt als das auf dieselbe Weise ins Blut übergebrachte Kreatin. Vielleicht darf man hieraus folgern, dass im allgemeinen Kreatinin weniger brauchbar für den Organismus ist als das Kreatin. Man findet jedenfalls niemals Kreatinin weder in den Geweben noch im Blute angehäuft. Diese Substanz wird durch die Nieren so vollständig wie möglich aus dem Blut entfernt.

Wenn nun in den Geweben im Allgemeinen oder in bestimmten Organen der Stoffwechsel zunimmt, wird auch die Kreatinproduktion grösser, und vorausgesetzt, dass die Organe weiter funktioniren, wird demzufolge ebenfalls mehr Kreatinin gebildet und ausgeschieden werden.

Falls jedoch, wie während länger dauernden Fiebers und während einer Hungerperiode, in welchen Fällen fortwährend ein Theil des Gewebes verbraucht wird und als Kreatin ans Blut abgegeben wird, die Funktion wichtiger Organe, wie es die Leber ist, geschädigt wird, ist es sehr gut möglich, dass ein Theil des Kreatins unzersetzt bleibt und neben dem Kreatinin durch die Nieren entfernt wird.

Beim Verbrauch des Muskelgewebes ist die gebildete Menge Kreatin besonders gross, weil es in diesem Falle nicht nur als Stoffwechselprodukt beim Zerfall der lebenden Substanz gebildet wird, sondern ausserdem schon vorher in beträchtlicher Menge im Gewebe vorhanden war. Falls überdies noch die Leberfunktion gehemmt ist, gibt es eine mangelhafte Umsetzung des Kreatins, wie z. B. beim Lebercarcinomkranken, welcher, sub finem vitae, nicht mehr Nahrung aufzunehmen im Stande war und welcher bedeutende Kreatinmengen, am 15. Februar sogar 4 g, ausschied. Es war in diesem Falle noch ein kleiner Theil des Kreatins in Kreatinin umgesetzt; die weitere Oxydation dagegen war offenbar sehr mangelhaft.

Ist es wirklich gestattet, sich den Prozess in der Weise vorzustellen, so wäre man berechtigt, aus Aenderungen der endogenen Kreatininausscheidung Schlussfolgerungen hinsichtlich der Intensität des Eiweissvorbrauches in den Geweben zu ziehen, jedoch unter dieser Bedingung, dass die zersetzenden und anhydrirenden Enzyme im gleichen Maasse wie vorher wirksam sind." Dippe.

Digitized by Google

377. **La tecnica per la conservazione dei sedimenti urinarii contenenti elementi organici;** per il Dott. Sebastiano Cannata, Palermo. (Rif. med. XXIV. 1. p. 12. 1908.)

Um pathologisches Urinsediment dauernd aufbewahren zu können, verfährt man folgendermaassen: Centrifugiren des Urins, dann Ueberführen des Sediments in physiologische Kochsalzlösung, abermals Centrifugiren, dann Fixiren in der Fol'schen Flüssigkeit (25 ccm einer 1proc. Chromsäurelösung + 1 ccm einer 1proc. Osmiumsäurelösung + 16 ccm einer 1proc. Essessiglösung + 263 ccm Aqu. dest.). Dann wieder Waschen in physiologischer Kochsalzlösung, Centrifugiren und eine Spur des Sediments auf dem Objektträger lufttrocken werden lassen. Färben auf 1 Stunde in einer wässerigen Lösung von Methylenblau und Carbolfuchsin. Dann Abspulen mit physiologischer Kochsalzlösung, Trocknenlassen und Einbetten. Fisoher-Defoy (Quedlinburg).

378. **Graphische Studien über den tympanitischen und den nicht tympanitischen Perkussionsschall;** von Richard May und Ludwig Lindemann. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 500. 1908.)

„Der tympanitische Schall ist charakterisirt durch die Einfachheit seiner Schwingungsform. Der tympanitische Schall des Abdomens besteht der Hauptsache nach nur aus einer Art von Schwingungen, einem Grundton, der einem einfachen Ton in physikalischem Sinne sehr nahe steht. Beimengungen sind nur in Form von harmonischen Obertönen manchmal nachzuweisen. Dieser Nachweis ist bisher nur bis zum 1. Oberton möglich gewesen. Der nichttympanitische Schall dagegen zeigt als charakteristisches Merkmal eine complexirte Schwingungsform mit sehr ungleichmässigem Abstand der Maxima und Minima seiner Curve". Dippe.

II. Anatomie und Physiologie.

379. **Die vordere Epiphyse und der untere Tuberositaskern der Tibia beim Menschen und in der Säugethierreihe.** *Die Tuberositas tibiae des Menschen;* von Dr. A. Kirchner. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 237. 1908.)

Die sehr eingehenden Untersuchungen und Erörterungen führen K. zu der Annahme, „dass der Mensch und die Affen der alten Welt, einschliesslich der Anthropoiden, einen gemeinsamen Vorfahren besitzen, der von den Lemuriden stammt und eine ausgesprochene Tendenz zur Aufrechthaltung hatte. Von diesem Vorfahren aus haben sich der Mensch einerseits und die Affen der alten Welt andererseits in getrennten Linien entwickelt. Bei den altweltlichen Affen hat sich das Baumleben und damit die Kletterbewegung besonders ausgebildet, beim Menschen die aufrechte Fortbewegung auf dem Erdboden." Dippe.

380. **Die Architektur der Metatarsalien des Menschen;** von A. Kirchner. (Arch. f. Entwickelungsmechanik d. Organismen XXIV. 4. p. 539. 1907.)

K. hat eine sehr eingehende Untersuchung über die Architektur der Metatarsalien angestellt, auf Grund von Knochenschliffen und Röntgenbildern. Er kommt zu dem Schlusse, dass wir in dieser Architektur einen getreuen Ausdruck der verschiedenartigen Beanspruchung des Fusses finden. Im Einzelnen hat er Folgendes gefunden: „Entsprechend der nacheinander stattfindenden Beanspruchung auf Druck und Zug der Metatarsalia V bis II beim Aufsetzen der Fusssohle beim Gehen finden wir in diesen Metatarsalien Trajektoriensysteme, welche in der Längsrichtung des Knochens verlaufen und auf einem Sagittalschnitt am deutlichsten in die Erscheinung treten. In der Struktur der proximalen Enden der Metatarsalien V bis II kommt die Druckübertragung von einem Basaltheil zum anderen in bestimmter Weise zum Ausdruck. Die Druckübertragung beim Stehen, also in Pronationsstellung der Metatarsalien, in der Richtung vom Köpfchen zur tarsalen Gelenkfläche und umgekehrt, erfolgt bei den Metatarsalien IV bis II durch im Wesentlichen sagittal stehenden Platten, welche sich im Köpfchen und im Basaltheile finden und von den distalen und proximalen Enden der Compacta abblättern. Für die besondere Beanspruchung des Metatarsalus III beim Stehen sprechen schräge, sich kreuzende Züge im plantaren Abschnitt des Basaltheiles nahe dem Beginn der Markhöhle. Das Metatarsale I hat eine von den übrigen Metatarsalien erheblich abweichende Struktur, und diese ist wieder in der distalen Hälfte von der in der proximalen Hälfte völlig verschieden. Durch seine Struktur steht das Metatarsale I einem kurzen Knochen nahe, zumal seine Compacta in der Regel im Vergleich zur Compacta der übrigen Metatarsalien dünn ist. Das Metatarsale I fügt sich gewissermaassen den Tarsalien am tibialen Fussrande als weiterer kurzer Knochen an, um in Verbindung mit ihnen bei der Abwickelung des Fusses die Last des Körpers zu tragen."

G. F. Nicolai (Berlin).

381. **Untersuchungen über das Vorkommen der Keimcentren in den Lymphknoten von Rind, Schwein, Pferd und Hund und über den Einfluss des Lebensalters auf die Keimcentren;** von Reinhold Hille. (Inaug.-Diss. Dresden 1908.)

„Meine Untersuchungen über die Keimcentren der Lymphknoten haben im Wesentlichen zu folgenden Ergebnissen geführt:

Das Auftreten der Keimcentren ist in erster Linie vom *Alter* der Thiere abhängig. Bei allen untersuchten Thiergattungen (Rind, Schwein, Pferd und Hund) konnten in den Lymphknoten von Föten (2 fast ausgetragenen Rindsföten und einem ebensolchen Pferdefoetus) und von ganz jungen Thieren (2 Kälbern im Alter von 8—10 Tagen und 3 Käl-

bern im Alter von 10—14 Tagen, je 1 Schwein im Alter von 1 Tag und $1^1/_2$ Tag und einem 1 Tag alten Pferdefohlen und je 1 Hund im Alter von 3 Tagen und 5 Tagen) typische, einwandfreie Keimcentren nicht nachgewiesen werden. Erst mit Zunahme des Alters treten die Keimcentren auf und werden immer deutlicher, zahlreicher und grösser, sodass sie im mikroskopischen Schnitt deutlich als runde oder ovale, geschlossene oder halbmondförmige Gebilde hervortreten. Von einer gewissen Altersgrenze der Thiere ab werden sie dann jedoch wieder undeutlicher, weniger zahlreich und kleiner, um im höheren und höchsten Alter, wenn auch nicht vollständig, so doch zum grössten Theile wieder zu verschwinden. Beim *Rinde* und *Hunde* erfolgt die Zunahme im Durchschnitt bis zum Ende des 1. Lebensjahres, beim *Pferde* bis zum 2. Lebensjahre und beim *Schwein* bis in ein noch höheres Lebensalter." Dippe.

382. **Ueber das Wangenfett der Säuglinge;** von Dr. Heinrich Lehndorff. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVI. 3. p. 283. 1907.)

Das Fett des Wangenpolsters ist oleinsäureärmer als das übrige Polsterfett. Es bleibt daher auch bei starker Abmagerung lange erhalten. Hinsichtlich der physiologischen Bedeutung neigt L. der auch von Anderen vertretenen Ansicht zu, dass es die Bestimmung hat, das Ansaugen des M. buccinator beim Trinken zu verhüten.

Brückner (Dresden).

383. **Vergleichend-anatomische Untersuchungen über die Tubenbrunst und die Tubenmenstruation;** von Dr. Ernst Holzbach. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 3. p. 565. 1908.)

Im Anschluss an die Arbeiten Hitschmann's und Adler's u. A. über die periodischen Veränderungen in der Uterusschleimhaut hat H. die Tubenschleimhaut einer systematischen Untersuchung unterworfen. Untersucht wurde eine Reihe von Deciduatentuben: Kaninchen, Ratten, Mäuse, Igel, Fledermäuse. Bei den beiden erstgenannten Thiergattungen wurden die Tuben der einen Seite zur Brunstzeit und 2—3 Wochen später die Tuben der anderen Seite per laparotomiam entfernt und umgekehrt beim Menschen wurde der Operationstermin auf die jeweils betreffs der Menstruation gewünschte Zeit vertagt. Sehr gute Bilder lieferte die Verbindung der Heidenhain'schen Färbung mit der Apathy'schen Hämatein-Dreifachfärbung. — Von den Beziehungen des Tubenepithels zu dem durchwandernden Ei ist bekannt, dass es, ursprünglich die Umhüllung der Eier wie Eiweissmantel, Kalkschale u. s. w. bildend, bei höheren, das Ei im Tragsack selbst zur Entwickelung bringenden Thieren ein Sekret, die sog. Uterinmilch, absondert, das sich im brünstigen, wie im trächtigen Genitale in reichlicher Menge findet; es ist dieses wohl das erste dem Embryo dargebotene Nahrungsmittel in seiner morphologischen Zusammensetzung, ähnlich dem Colostrum. Daraus leitet H. die Deutung gewisser, auch schon früher bekannter Zellenbefunde ab, die uns eine Vergleichung des Epithels im Ruhezustand mit dem zur Zeit der Vorbereitung der Fruchtaufnahme, also der Brunst, bietet, nämlich der sogen. *Stiftchenzellen*. Es sind dieses eigenthümliche, zwischen den Deckcylinderzellen liegende schmale Zellen, fast nur aus dem Kern bestehend, offenbar entleerte Becherzellen. Diese Zellen kommen regelmässig und zahlreich vor in dem Uterus- und Tubenepithel brünstiger Thiere, aber auch in der menschlichen Tube während der prämenstruellen Congestion. Es vollzieht sich also zur Zeit der periodischen Vorbereitung der Eiaufnahme im Genitalo der gesammten Deciduaten eine sekretorische Thätigkeit der die Eiwege auskleidenden Epithelien, insbesondere auch der Tubenepithelien. Entsprechend dem Befunde ist dabei nach H. die thierische Brunst nicht etwa, wie bisher, der Menstruation des menschlichen Weibes, sondern der prämenstruellen Congestion gleichzusetzen. Für die uterine Menstruation giebt es — ausser bei Affen — bei den Säugethieren kein Analogon. „Die Menstruation des Weibes gewinnt dadurch im vergleichend anatomischen Bild etwas durchaus Absonderliches, vielleicht Pathologisches. Das Abklingen des Congestionsoptimum, der Brunst, das sich beim Thier ohne wesentliche Störungen vollzieht, geht beim Menschen mit stürmischen Erscheinungen einher. Ob hier ein physiologischer Vorgang, der wohl zu Zeiten, wo auch die Befruchtung des menschlichen Weibes an bestimmte Brunstperioden gebunden war, dem thierischen gleich sich abwickelte, und erst durch die heute eigentlich permanent bestehende Fortpflanzungsbereitschaft des Weibes dieses eigenartige Gepräge erhielt, ist eine Hypothese, die vielleicht Sinn hat. Das ist jedenfalls sicher, dass die Tube, die dem Uterus ähnliche Fähigkeiten der Conceptionsvorbereitung hat, beim Abklingen der Brunstcongestion auf einer ursprünglicheren, dem Thierreich viel näher stehenden Stufe stehen bleibt, als der Uterus." Eine eigentliche Tubenmenstruation beim Weibe hat H. nie beobachten können, wenngleich er stets in den exstirpirten Tuben Blut in geringen Mengen fand, wenn die Operation zur Zeit der Menstruation stattfand. H. schliesst sich der Ansicht A. Martin's an, dass das Verhalten der Tubenmucosa bei der Menstruation sehr dem des Uterus ähnelt, dass aber alle Erscheinungen weniger ausgesprochen sind. Uebrigens fand H. auch in thierischen Tuben gelegentliche Blutungen über und durch das Epithel, sowie reichliche Leukocytenauswanderung, wie beim Menschen. Die Brunstabgänge des Thieres sind, wenn auch in der Hauptsache schleimig, doch etwas mit Blut untermischt; reiner Blutabgang kommt physiologisch nie vor.

R. Klien (Leipzig).

Digitized by Google

384. **Ueber die Beziehungen zwischen Lipoidverflüssigung und Cytolyse;** von Erich Knaffl-Lenz. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 279. 1908.)

Jeder physikalische und chemische Eingriff, der im Stande ist, die Lipoide im Protoplasma des Seeigeleies zu verflüssigen, ruft gleichzeitig Cytolyse des Eies hervor. Der Vorgang dieser Cytolyse besteht darin, dass das (in Folge der Lipoidverflüssigung) lipoidfreie Protein durch Wasseraufnahme quillt oder sich löst, wobei die Zellenmembran in den meisten Fällen vollständig erhalten bleibt.

Sämmtliche Agentien, die im Stande sind, die Protoplasmalipoide zu verflüssigen, also das Ei zu cytolysiren, regen es bei kurzer Einwirkung und geeigneter Concentration zur Membranbildung an. Es handelt sich in diesen Fällen um echte Befruchtungsmembranen, da sich die Eier nach der Loeb'schen Methode hierauf zu Larven entwickeln lassen.

Damit bestätigt sich also die Loeb'sche Auffassung, dass die Membranbildung durch Verflüssigung der Lipoide ausgelöst wird.

Dittler (Leipzig).

385. **Ueber die Entwickelungserregung unbefruchteter Annelideneier (Polynoë) mittels Saponin und Solanin;** von Jacques Loeb. (Arch. f. Physiol. CXXII. 10 u. 11. p. 448. 1908.)

Saponin regt bei den unbefruchteten Eiern von Polynoë die Membranbildung an und veranlasst die Ausstossung von Polkörperchen und die Entwickelung der Eier zu Larven, wirkt also ähnlich wie der Eintritt des Spermatozoons in's Ei. Diese Thatsache weist von Neuem darauf hin, dass der erste Anstoss zur Entwickelungserregung im Ei in einer Zustandsänderung der Lipoide (vermuthlich einer Verflüssigung von Lecithin oder einer Verbindung desselben) besteht. Solanin wirkt auf die Eier von Polynoë ebenso wie Saponin. Die ganz entsprechende Wirkung des Saponins und des Solanins auf Seeigeleier ist von demselben Forscher schon früher beschrieben worden.

Dittler (Leipzig).

386. **Weitere Versuche über die Entwickelungserregung des Seeigeleies durch das Blutserum von Säugethieren;** von Jacques Loeb. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 1 u. 2. p. 37. 1908.)

L. zeigt, dass Rinderserum und das Blutserum des Schweines ebenso wie das Serum des Kaninchens im Stande sind, die Membranbildung beim Seeigelei und damit dessen Entwickelung hervorzurufen, und zwar erwies sich die Empfindlichkeit der Eier gegen die Wirkung des Blutserum bei gleichzeitiger Erwärmung auf 30° oder 31° C. als ganz besonders gross. Die entwickelungserregende Substanz des Blutserum ist relativ hitzebeständig, da ihre Wirksamkeit durch eine Erwärmung auf 73° C. nicht abgeschwächt wird. L. neigt zu der Ansicht, dass es sich hierbei *nicht* um eine Fettsäure oder eine Seife handelt. Durch Zusatz von Strontiumchlorid wird die entwickelungserregende Wirkung des Säugethierserum auf das Seeigelei noch erheblich erhöht. Wiederholtes Ausschütteln des Serum mit Aether schwächt seine Wirksamkeit nicht ab. Versetzt man das Serum mit Aceton, so giebt der Niederschlag nach dem Trocknen an Seewasser eine Substanz ab, die ungefähr eben so wirksam ist wie das natürliche Serum.

Dittler (Leipzig).

387. **Ueber den Temperaturcoëfficienten für die Lebensdauer kaltblütiger Thiere und über die Ursache des natürlichen Todes;** von Jacques Loeb. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 6 u. 8. p. 411. 1908.)

L. stellte den Temperaturcoëfficienten für die *Lebensdauer* der Larven des Seeigels experimentell mit 1000 fest, d. h. er fand, dass die Lebensdauer der Versuchthiere bei einer Temperatursteigerung um 10° C. auf das 1000fache verkürzt wird. Die Geschwindigkeit der *Entwickelung* des Seeigeleies unterliegt dem Einflusse der Temperatur lange nicht in so weit gehendem Maasse; ihr Temperaturcoefficient beträgt nur 2.86. Da nun gleiche chemische Vorgänge (und als reine chemische Vorgänge spricht L. sowohl die Entwickelung wie das Absterben an!) immer den gleichen Temperaturcoefficienten haben müssen, so erklärt er auf Grund seiner Feststellungen die Auffassung Minot's für unhaltbar, nach der der Tod als *direkte Folge der Entwickelung* (= Differenzirung) zu betrachten ist, in dem Sinne, dass der Tod einfach das Endresultat ein und desselben, durch die Entwickelung und das ganze Leben des Thieres sich hinziehenden chemischen Vorganges sei.

Dittler (Leipzig).

388. **A comparison of the chemical composition of three human brains at different ages;** by Waldemar Koch and S. A. Mann. (Journ. of Physiol. XXXVI. 6. p. 36. 1908.)

Ein Vergleich der chemischen Zusammensetzung der Gehirne aus verschiedenen Lebensaltern ergiebt, dass im Laufe des Wachsthums der Gehalt an Flüssigkeit, an Eiweissstoffen, sowie an Extractivstoffen und Aschenbestandtheilen abnimmt, worin das Gehirn mit allen wachsenden Organen übereinstimmen würde, ferner aber, dass eine Zunahme des Cholesterins, Cerebrins und des an Lipoide gebundenen Schwefels, also jener Substanzen, die die weisse Substanz des Hirnes hauptsächlich bilden, stattfindet.

G. F. Nicolai (Berlin).

389. **Ueber die Beziehungen zum Windungsrelief (G. Schwalbe) an der Aussenseite der Schläfengegend beim menschlichen Schädel;** von Dr. W. Friedrich Müller in Tübingen. (Arch. f. Anat. u. Physiol. 1 u. 2. p. 57. 1908.)

Die von Schwalbe angeregte Frage, welche Beziehungen zwischen der Aussenfläche des Schädels und der Oberfläche des Gehirns beim Menschen bestehen, hat M. bei Gelegenheit der Conservirung und Bearbeitung eines umfangreichen Materials an ägyptischen prähistorischen und Mumienschädeln zu lösen versucht. Da der von Schwalbe vorgenommene Ausguss des Schädelinnern bei der Verarbeitung eines grossen Materials (219 Schädel) zu umständlich erschien, wurde in's Innere des Schädels eine Lampe gebracht, wobei sich in der Durchsicht die Stellen der Juga cerebralia als dunkele Schatten auf der Oberfläche des Gehirns deutlich erkennen liessen. Auf Grund seiner gesammten Messungen kommt M. zu dem Resultate, dass die Uebereinstimmung des äusseren Reliefs mit dem inneren eine sehr unzuverlässige ist. Wenn es auch unzweifelhaft Schädel giebt, bei denen wirklich eine Concordanz der wesentlichen Theile des äusseren und inneren Reliefs vorhanden ist, so sind diese doch in der verschwindenden Minderzahl. Ein Procentverhältniss dafür zu berechnen, dürfte zu keinem Ziele führen, da man bisweilen in einer grösseren Sammlung 100 und mehr Schädel treffen wird, die sich nicht eignen, und dann wieder mehrere dicht hintereinander mit einem dem inneren concordanten Aussenrelief; gerade so wird es bei der Untersuchung lebender Individuen sein. Hierdurch erklärt es sich, dass Schwalbe, der Schädel mit besonders schönem und typisch ausgebildetem Aussenrelief herausgesucht hat, zu entgegengesetzten Resultaten gekommen ist. Dieser Mangel an Uebereinstimmung sei zudem nicht wunderbar, denn das Relief der Innenfläche des Schädels werde durch das Gehirn, das der Aussenfläche aber durch die Muskelansätze bedingt.

G. F. Nicolai (Berlin).

390. **Beitrag zur Kenntniss des Katzenhirns (Hirnfurchen);** von E. Landau. (Morphol. Jahrb. XXXVIII. 1 u. 2. p. 1. 1908).

Um eine genaue Kenntniss der Furchen des entwickelten Katzenhirnes zu erlangen, beschreibt L. 52 Katzenhemisphären ganz genau, bildet sie gleichzeitig ab und giebt die Resultate in tabellarischer Uebersicht. Als Resultat dieser sehr ausführlichen Untersuchung ergab sich die Unmöglichkeit, nach der Tiefe, Länge und Variabilität der Hirnfurchen das Geschlecht der Katzen zu bestimmen; auch liess sich nicht feststellen, ob die linke oder die rechte Hemisphäre zu Variationen veranlagt ist. Beim Vergleiche des Katzenhirns mit solchen anderer Felidae zeigte sich eine so grosse Aehnlichkeit, dass man fast bis in die Einzelheiten hinein das Gehirn der grössten Repräsentanten der Felidae als ein grosses Gehirn der Hauskatze betrachten könnte. Von den anderen Carnivorenhirnen stehen dem Katzenhirne am nächsten die der Canidae, und unter diesen das Hundehirn (Canis familiaris). Es werden im einzelnen die Unterschiede durchgesprochen und es ergiebt sich daraus, dass abgesehen von der Fissura ectolateralis und einigen Nebenfurchen beim Hunde, unter den Furchenbeziehungen kein absolutes Kriterium vorhanden ist, um ein Katzenhirn von einem Hundehirn theoretisch zu unterscheiden.

G. F. Nicolai (Berlin).

391. **The brains of aboriginal natives of Australia in the anatomy school;** by W. L. H. Duckworth. Part. III. (Journ. of Anat. a. Physiol. XLII. p. 271. April 1908.)

D. hat 5 Schädel von Ureinwohnern Australiens in genauester Weise durchgemessen und giebt in Tabellen den Vergleich von 85 Messungen mit den entsprechenden Messungen von Schädeln europäischen Ursprungs. Auf Grund dieser Messungen kommt er zur Aufstellung von 15 Charakteristica und in Bezug auf diese fasst er das Ergebniss seiner Untersuchungen dahin zusammen, dass in 5 dieser Charakteristica der Australierschädel dem des erwachsenen Europäers ähnlich ist, in Bezug auf 5 Charakteristica aber deutlich affenartig ist. Dann ist er in Bezug auf 3 Charakteristica ausgesprochen fötal, in Bezug auf 3 Charakteristica ähnlich dem der australischen Negros und in Bezug auf 1 Charakteristicum ähnlich einem europäischen mikrocephalen Idioten. G. F. Nicolai (Berlin).

392. **Zur vergleichenden Anatomie des Mandelkerns und seiner Nachbargebilde;** von Max Völsch in Berlin. (Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwickelungsgesch. LXVIII. 4. p. 573. 1906.)

V. hat gefunden, dass an der Basis der Hemisphären sowohl beim Igel, als bei der Maus sich in den proximaleren Gegenden eine Anzahl von Ganglienzellencomplexen findet, die sich durch Grösse, Form und Tinktionverhältnisse der Zellen wohl gegeneinander angrenzen lassen. Zum Theil sind sie als Verdickungen oder Einstülpungen der basalen Rinde aufzufassen; andere lassen eine solche Genese nicht erkennen.

Alle diese Gebilde kommen als Homologien des Mandelkerns der Primaten in Betracht; die weitere vergleichende Untersuchung wird darüber eventuell Klarheit bringen. Ob und in wie weit die Kerne Verbindungen mit dem Tractus olfactorius haben, geht aus den Präparaten nicht sicher hervor. Dagegen hat die Rinde des Tuberculum olfactorium und damit vielleicht auch die Zellfaserplatte der Substantia perforata anterior Beziehungen zum Tractus olfactorius. Die Homologie des Claustrum ist unsicher; vielleicht ist als solche die mit S bezeichnete Verdickung der tiefsten Rindenschicht beim Igel anzusehen; vielleicht daneben auch eine Zellenansammlung (X) in der Gegend der Einstrahlung der vorderen Commissur in die Capsula externa.

G. F. Nicolai (Berlin).

393. **Zur Lokalisation des musikalischen Talentes im Gehirn und am Schädel;** von Siegmund Auerbach. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 31. 1908.)

A. hat das Gehirn von Stockhausen secirt, und hat gefunden im Vergleich mit den in einer früheren Arbeit gegebenen Beschreibungen der Gehirne von Koning und Hans v. Bülow, dass die auffallend starke Entwickelung derselben Regionen unverkennbar ist. Vor Allem treten auch bei Stockhausen die hinteren Abschnitte der oberen Schläfenwindung, besonders der linken ganz entschieden hervor. Freilich sei die Configuration eine andere. Das ist wohl bedingt durch den bei Stockhausen stenogyrencephalen Charakter des Gehirns. Bei ihm ist dieser Gyrus langgestreckt, in zwei fast selbständige Windungen geschieden, während er an den eurygyrencephalen Gehirnen von Bülow's und Koning's breit, massig erscheint.

Am Gehirne Stockhausen's seien nun noch zwei besondere Eigenthümlichkeiten hervorzuheben. Die ausserordentlich complicirte Gliederung des Gesammtgehirns, besonders des Frontallappens, das A. für das materielle Substrat für die hohe Intelligenz und die unbeugsame Energie des grossen Künstlers hält, und die grosse Flächenausdehnung der zweiten linken Stirnwindung. Bekanntlich hat man in diesem Gyrus das Centrum für die Gesangstüchtigkeit gesucht.

G. F. Nicolai (Berlin).

394. **Neue physiologische Beiträge über die Beziehungen zwischen den Stirnlappen und dem Kleinhirn;** von Oswald Polimanti. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 81. 1908.)

Interessante Beziehungen zwischen dem Stirnlappen und dem Kleinhirn zeigten Hunde, denen der *linke* Stirnlappen abgetragen war. Sofort nach der Operation trat heftiger Trismus auf, so dass die Thiere keine Nahrung zu sich nehmen konnten. Die beiden Vorderpfoten wurden von einer starken Streckung befallen, der Kopf wurde nach der *rechten* Seite hingekehrt. Zunächst waren die Thiere unfähig, die geringste coordinirte Bewegung zu vollziehen. Nach ungefähr 10 Tagen gelang es ihnen endlich (nach mehrmaligen vergeblichen Versuchen, wobei sie immer auf die *rechte* Seite fielen), auf den Beinen zu stehen. Sie machten Reitbahnbewegungen nach *links,* schwankten mit dem Kopfe und dem ganzen Körper von vorn nach hinten. In den folgenden Tagen nahmen die Rotation- und Reitbahnbewegungen in den meisten Fällen ab, aber die Thiere verfielen oft in Opisthotonus und stürzten auf die *rechte Seite.* Dittler (Leipzig).

395. **Längsdurchschneidung des Kleinhirns am Hunde;** von Wilhelm Trendelenburg. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 120. 1908.)

Die reine Längsdurchschneidung des Kleinhirns bringt beim Hunde nur ganz geringfügige Veränderungen in seinem Verhalten mit sich. In den ersten Tagen trifft man die operirten Thiere in der Regel liegend an. Jedoch *fehlt* bei ihnen *jeglicher Spasmus.* Bei eventuellen Gehversuchen ist der Körper dem Boden im Ganzen etwas mehr genähert als in der Norm; die Beine werden etwas abducirt aufgesetzt. Die Schritte sind wesentlich verkleinert. Der Körper schwankt in den meisten Fällen (besonders zu Beginn des Gehens) in seitlicher Richtung. Das Schwanken ist vor Allem beim Essen und Trinken sehr deutlich. Spontaner Augennystagmus fehlt stets vollständig, die Augenbewegungen sind immer normal.

Nach Ablauf von 3 Wochen ist von den beschriebenen abnormen Erscheinungen *keine* mehr nachweisbar. Dittler (Leipzig).

396. **Beitrag zum Studium des Verhältnisses von Rückenmarksbau und Extremitätenentwickelung;** von Anton Sehmidt in Budapest. (Arch. f. Psych. u. Neurol. IX. 1 u. 2. p. 1. 1907.)

Die im neurobiologischen Laboratorium zu Berlin angefertigte Arbeit gelangt zu diesen Ergebnissen:

„Die vergleichende Untersuchung des Rückenmarkes verschiedener Arten von Nagern (Dipodae, Murisae) zeigt, wie zu erwarten, dass Verkürzung und veränderter Gebrauch der vorderen Extremitäten im Bau des Rückenmarkes zum Ausdruck kommen und zwar in einer Verringerung des Umfanges des Halsmarkes, in einer beträchtlichen Verkürzung desselben, in einer geringeren Massenentwickelung der zugehörigen Extremitätenkerne, in einer relativen Grössenabnahme der Halsmarkzellen und in einer deutlichen jedoch dem Massenverhältniss der Kerne nicht proportionalen Verringerung der Zellenzahl. Die entsprechenden Verhältnisse am Rückenmark sind an Querschnittbildern nicht so deutlich ausgeprägt, wie man es in Anbetracht der theilweise extremen Verkürzung der vorderen Extremitäten erwarten sollte. Es liegt das ausser an der Kleinheit der in Betracht kommenden anatomischen Gebilde daran, dass die betreffenden Gliedmassen wohl stark verkürzt, aber nicht als so rudimentär in Bezug auf die Funktion angesehen werden können, wie es äusserlich den Anschein hat. Die vergleichende Betrachtung einzelner Querschnittbilder aus den Intumescenzen bedarf zur Ergänzung zwecks richtiger Deutung genauer Messungen und Zählungen in Bezug auf Längsausdehnung der betreffenden untersuchten Gebilde. Die Querschnittentwickelung des Rückenmarkes wie der einzelnen grauen Felder ist demnach als das Resultat sehr verwickelter Correlationen aufzufassen, von denen Längen- und Massen-Entwickelung der Extremitäten nur einen Theil darstellen. Die Zelldichte ist bei den unter-

suchten Nagern in den motorischen Kernen des Lendenmarkes eine geringere als im Halsmark entsprechend der grösseren Massenentwickelung der einzelnen Zelle. Die Folge hiervon ist, dass die Beziehung der Extremitätenentwickelung zur Querschnitt- und Massenentwickelung der Extremitätenkerne im Ganzen eine andere ist, als die Beziehung zur Zahl der einzelnen grossen Vorderhornzellen im Querschnittbilde. Die Lendenmarkszellen der Springmäuse sind wie die aller von Warneoke untersuchten Thiere grösser als die Halsmarkzellen. Sie sind aber darüber hinaus bei den Springmäusen besonders gross. Die Grösse der Ganglienzellen ist das Produkt einer grossen Zahl von Faktoren, von denen einer bestimmt auch die durchschnittliche Körpergrösse der betreffenden Thierspecies ist, wenngleich diese Componente nicht die wesentlichste ist. Wir können nun mit gewissen — wenn auch geringfügigen — Einschränkungen von einer einheitlich grossen Lenden- oder Halsmarkzelle sprechen. Wahrscheinlich wird weitere Untersuchung uns das Vorhandensein leichter Unterschiede innerhalb dieser Zellengebiete kennen lehren." Bumke (Freiburg i. Br.).

397. **Genealogische Studien über die Vererbung geistiger Eigenschaften** *(Constanz der Familiencharaktere im Mannesstamme), nachgewiesen an einem Material von 1334 Waldauer Haushaltungen;* von Manfred Ziermer. (Arch. f. Rassen- u. Gesellsch.-Biol. V. 2. 3. p. 178. 327. 1908.)

Z. hat in seinen Untersuchungen festgestellt, dass es als ein Hauptresultat betrachtet werden muss, dass die verschiedenen Familieneigenschaften sich in der männlichen Linie fortvererben, während bis auf einzelne Ausnahmefälle vom Einflusse der weiblichen Linien wenig oder gar nichts zu bemerken ist.

Es zeigte sich dabei, dass vor allem die religiöse und die politische Stellung der einzelnen Stämme während voller 3 Jahrhunderte immer dieselbe bleibt. Auch der Beruf erbt sich fast durchgängig in einzelnen Familien fort, vor allem lässt sich feststellen, dass in den geistig lebhafteren Familien Gewerbe den Vorzug erhielten, die weniger körperliche Leistungen erfordern, und dass bei den geistig weniger beweglichen mehr Körperkräfte eingesetzt wurden. Es ist hervorzuheben, dass in den Familien mit geistigen Interessen die Neigung zu Geisteskrankheiten viel grösser ist.

G. F. Nicolai (Berlin).

398. **Ein Beitrag zu den Theorien einer Vererbungssubstanz;** von Simon Taub. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 43. 1908.)

T. fasst die Ergebnisse seiner Untersuchungen folgendermaassen zusammen: Der Kern gilt als ein assimilatorisches Wachsthumsorgan, das wieder die Grundlage für das Wachsthum des Zellenprotoplasma bietet. Die Differenzirungen, die in dem Zellenprotoplasma eintreten, geben *keine* Anlagen in den Kern hinein, sondern bleiben im Zellenprotoplasma. Der Kern bleibt homogen. Die Anlagen für den nächsten Organismus finden sich im Ei- und Samen*plasma* und *nicht* in dem Kern, aber diese Anlagen *wachsen* vom Kern aus.

Dittler (Leipzig).

399. **Zur Kenntniss der Geschlechtsbestimmung beim Menschen;** von Felicie Ewart. (Arch. f. Physiol. CXXII. 12. p. 605. 1908.)

Aus einem Materiale von 2500 Kindern, die 571 Ehen entstammten, wies E. statistisch nach, dass bei zwei aufeinander folgenden Kindern Geschlechtgleichheit gegenüber einem Wechsel im Geschlecht etwas überwiegt. Nach E.'s Tabellen entfallen auf 1010 „gleiche Geschlechtsfolgen" 897 „ungleiche Geschlechtsfolgen". Da dieses Ergebniss nicht durch den Zufall bedingt zu sein scheint und sich der Unterschied zwischen gleichen und ungleichen Geschlechtsfolgen auch nicht auf die verschiedene absolute Geburtziffer von Knaben und Mädchen beziehen lässt, so kommt E. zu dem Schlusse, dass irgend ein Faktor bestehen müsse, „der für die Bestimmung des Geschlechtes eines Kindes von Bedeutung ist und der in gleicher oder einer geringeren Grösse noch fortwirkt, wenn das Geschlecht des nächstfolgenden Kindes bestimmt wird."

Mit dieser Anschauung stimmt es auch ganz gut zusammen, dass bei gleichen Geschlechtsfolgen zwischen der Geburt der beiden betrachteten Kinder durchschnittlich 29.97, bei ungleichen Geschlechtsfolgen im Mittel 32.86 Monate vergingen. Allerdings sind diese Worthe sehr wenig verschieden.

Es werden schliesslich noch Betrachtungen über den Einfluss des Altersunterschieds der Eltern angestellt, die aber etwas problematischer Natur sind. Besser begründet scheint die Feststellung zu sein, dass unter den Erstgeborenen die Knaben recht bedeutend überwiegen. Das Verhältniss der Knaben zu den Mädchen war bei dem zu Grunde gelegten Kindermateriale 127.49 zu 100.

Dittler (Leipzig).

400. **Untersuchungen von Skopzen;** von Prof. Julius Tandler und Dr. Siegfried Grosz. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 9. 1908.)

T. u. G. hatten Gelegenheit, in Rumänien einige Skopzen zu untersuchen und stellten eine ganze Reihe interessanter Beobachtungen an ihnen fest. Die wichtigsten davon sind folgende: Das Becken zeigte (vor Allem bei 4 Frühcastraten) auffällig grosse Querdistanzen, was bei dem im Ganzen fast regelmässig recht gracilen Bau der Verschnittenen um so auffälliger ist. Die Wirbelsäule wies regelmässig eine schwache Lordose auf, die auf eine abnorm geringe Beckenneigung schliessen lässt. Auffallend war in sämmtlichen Fällen ferner die

Genu valgum-Stellung der Beine. Selbst bei einem 35jähr. Skopzen war noch eine Persistenz der Epiphysenfugen nachzuweisen. Auf die sehr spät, mitunter sogar überhaupt nicht eintretende Verknöcherung der Epiphysenfugen ist es zurückzuführen, dass die Skopzen gewöhnlich ein beträchtlich grösseres Körpermaass erreichen als ihre normalen Stammesgenossen. Im Wesentlichen werden zwei Typen unterschieden; entweder zeigten die Castraten eine auffallende „Hagerkeit" oder sie neigten stark zu Fettansatz, besonders an der Brust und an den Nates. Die Dürftigkeit der Behaarung, das Infantilbleiben des Kehlkopfes und der Stimme, das welke Aussehen der Haut sind bekannte Erscheinungen. Bemerkenswerth dürfte es sein, dass die Libido sexualis bei den Skopzen in der Regel bis in ein höheres Alter hinein erhalten bleibt.

Der Arbeit sind noch allerlei interessante Betrachtungen über die gegenseitige Beeinflussung der Keimdrüsen, der Thymusdrüse, der Zirbeldrüse und der Glandula thyreoidea angefügt, die im Original nachzulesen sind. Dittler (Leipzig).

401. **Untersuchungen über den parenteralen Eiweissstoffwechsel;** von Leonor Michaelis und Peter Rona. (Arch. f. Physiol. CXXI. 3 u. 4. p. 163. f908.)

M. u. R. stellten fest, dass durch subcutane Injektion von Casein (in ganz schwacher Sodalösung) die N-Ausscheidung sehr stark in die Höhe geht (die Versuche wurden an Hunden und Meerschweinchen ausgeführt). Die aus dieser Steigerung der N-Ausscheidung entstehende negative Stickstoffbilanz zeigte sogar einen grösseren Ausschlag, als wenn die der subcutan eingeführten Caseinmenge entsprechende N-Menge überhaupt aus der Nahrung fortgelassen wurde. Die annehmbarste Deutung dieser Erscheinung ist wohl die, dass das subcutan gegebene Casein einen toxischen Zerfall von Körpereiweiss zur Folge hat.

Nun machten M. u. R. an laktirenden Hunden zugleich die interessante Beobachtung, dass die Milchdrüsen der Thiere schon wenige Minuten nach der Caseininjektion sichtlich zu schwellen begannen, so dass sie innerhalb von 24 Stunden eine ganz beträchtliche Grösse annahmen. Die mikroskopische Untersuchung ergab keinerlei Entzündung, sondern das typische Bild einer Mamma auf dem Höhepunkte der Laktation. M. u. R. ist es nicht sehr wahrscheinlich, dass es sich bei dieser Wirkung um eine blosse Ausscheidung des Caseins durch die Milchdrüse handelt, sondern sie glauben, dass ausserdem eine Anregung der gesammten Milchsekretion anzunehmen sei.

Falls sich diese Auffassung bestätigt, hätten wir in der die Milchsekretion anregenden Wirkung des Caseins eine volle Analogie zu der Wirkung der sogenannten „harnfähigen" Stoffe vor uns.

Dittler (Leipzig).

402. **Untersuchungen über den parenteralen Eiweissstoffwechsel;** von Peter Rona und Leonor Michaelis. 2. Mittheilung. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 7 u. 8. p. 406. f908.)

Hunde, die sich mit geringen Mengen von stickstoffhaltiger Nahrung (sie bekamen daneben reichlich Kohlehydrate und Fett) in Stickstoffgleichgewicht befanden, bekamen wiederholt einen grösseren Theil des Nahrungsstickstoffes durch entsprechende Mengen subcutan eingeführten Pferdeblutserum ersetzt. Dabei liess sich niemals die geringste Störung des Stickstoffgleichgewichtes beobachten; die N-Ausscheidung blieb ausnahmelos auf der gleichen Höhe. Aus diesem Ergebnisse darf auf eine *dem per os zugeführten entsprechende Verwerthung des parenteral zugeführten körperfremden Eiweisses geschlossen werden.*

Merkwürdiger Weise liegen die Verhältnisse bei Injektion von Hundeblutserum (also von artgleichem Eiweisse) nicht entfernt so einfach. So wurde von Hungerthieren arteigenes Eiweiss überhaupt nicht angegriffen. Nach anderen Beobachtungen rief es umgekehrt Steigerung der Stickstoffausscheidung hervor.

Parenterale Einverleibung von Milch oder Caseinstickstoff hatte, unabhängig davon, ob es sich um arteigenes oder artfremdes Eiweiss handelte, einen *erhöhten* Stickstoffzerfall im Thierkörper zur Folge. Ausserdem führte sie zu merkwürdigen Schwellungen, speciell der Milchdrüsen, ein Umstand, der R. u. M. in der vorstehend besprochenen Arbeit veranlasst hat, von einer laktagogischen Wirkung des parenteral gereichten Caseins zu sprechen. Auf Grund eingehendster Beobachtungen neigen R. u. M. jetzt mehr zu der Auffassung, dass es sich bei den genannten Schwellungen um einfache Oedeme handelt, wie sie oft während der Rückresorption von Milch im Bereiche der betheiligten Lymphgefässbahnen beobachtet werden. Dittler (Leipzig).

403. **Ueber die Verwerthung verschiedener Amidsubstanzen durch Carnivoren;** von D. Völtz und G. Yakuwa. (Arch. f. Physiol. CXXI. 3 u. 4. p. ff7. f908.)

Die Aufnahme des Amidgemisches aus Ammonacetat, Acetamid und Glykokoll bewirkt eine Erhöhung der Resorption der N-haltigen Nährstoffe. Dieses gilt aber nur unter der Bedingung, dass die hierbei erfolgende Zulage dieser Stoffe diejenige Menge nicht erreicht, durch die (wie bekannt) in Folge von Reizung des Darmes der Körper zu erhöhter Abgabe N-haltiger Substanzen gezwungen wird. Der N-Ansatz wird nach der Aufnahme von Asparagin etwas verringert, beziehungsweise er bleibt durch die Asparaginzufuhr unbeeinflusst. Glykokoll allein vermag auf die N-Bilanzen keinen deutlichen Einfluss auszuüben. Acetamid dagegen bewirkt einen gesteigerten N-Ansatz. Den höchsten N-Ansatz beobachteten V. und Y. nach der Verabreichung von Ammonacetat. Allein verfüttert,

Digitized by Google

bewirkt dieses einen grösseren N-Ansatz, als wenn es zusammen mit Glykokoll und Acetamid gereicht wird. Dittler (Leipzig).

404. **Ueber den Einfluss von Dünndarm- und Ischiadicusreizung auf die Luft- und Blutcapacität der Lungen**; von Dr. M. Sihle. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. p. 1. 1907.)

Reizung des Dünndarmes bedingt eine Verminderung der Luftcapacität der Lunge. Gleichzeitig tritt eine Vermehrung des Blutgehaltes ein. Das Lungenvolumen im Ganzen nimmt dabei zu, wodurch der Pleuradruck zum Steigen gebracht wird. Der Pleuradruck kann dabei so gewaltig anwachsen, dass nicht nur in der Exspirationphase, sondern auch in der Inspirationphase der Druck positiv bleibt. Der Nutzeffekt der Athembewegungen für die Lungenventilation ist bei Hyperämie der Lunge vermindert.

Ischiadicusreizung ruft ebenfalls eine Verminderung der Luftcapacität der Lunge hervor. Dabei sinkt der Druck im Pleuraraum entweder unter die Norm oder er steigt an. Den unternormalen Pleuradruck denkt sich S. als durch Erhöhung der Lungenelasticität zu Stande gekommen, den übernormalen durch Verminderung. Der Blutgehalt der Lunge braucht bei genügender Herzkraft keine Aenderung zu erfahren. Dittler (Leipzig).

405. **Die peripherischen, nervösen Apparate des Athmungsrhythmus bei Knochenfischen.** *Eine anatomisch-experimentelle Untersuchung;* von Dr. Umberto Deganello. (Arch. f. Anat. u. Physiol. CXXIII. 1 u. 2. p. 40. 1908.)

Das wichtige Ergebniss dieser Arbeit besteht in der Feststellung, dass die centripetalen, besonders von der oberen Mundschleimhaut, von derjenigen der Oberlippe und der Kiemenbögen ausgehenden Reize *einen ständigen Tonus auf die Athmcentren der Teleostier ausüben.* In dieser Thatsache ist eine grundlegende Verschiedenheit im Verhalten der Teleostier und der höheren Wirbelthiere (etwa der Säugethiere) gegeben. Eine derartige tonische und vor Allem erregende Wirkung kommt bei den höheren Wirbelthieren nämlich allein dem Vagus zu und „nur ausnahmsweise kann", meint D., „die Wirkung irgend eines anderen centripetalen Nerven (V, IX u. s. w.) auf die Athmcentren, gleichsam als atavistischer Rückschlag, wieder zum Vorschein kommen". Dittler (Leipzig).

406. **On the relative parts played by nervous and chemical factors in the regulation of respiration**; by F. H. Skott. (Journ. of Physiol. XXXVII. 4. p. 301. 1908.)

Als Respirationreiz dient die Anhäufung von Kohlensäure, sowie der (allerdings sehr vorgeschrittene) Sauerstoffmangel. Diese beiden Faktoren führen beim intakten Thiere zu einer Steigerung der Frequenz und zu einer Vertiefung der Athemzüge. Beim vagotomirten Thiere fällt diese Wirkung weg. Die beiden Nervi vagi entsprechen in ihrer Lungenfunktion also etwa den sensorischen Skelettmuskelnerven. Für diese Ansehauung spricht auch die Thatsache, dass tiefe Inspiration in Folge eines im Vagus verlaufenden Regulationmechanismus reflektorisch zu einer Exspiration und forcirte Exspiration zu einer Inspiration führt („Selbststeuerung der Athmung" von Horing und Breuer). Dittler (Leipzig).

407. **Sur le mécanisme de l'échange gazeux pulmonaire**; par le Dr. F. Spallitta. (Arch. ital. de Biol. XLVII. 2. p. 215. 1907.)

Der Gasaustausch zwischen atmosphärischer Luft und den Blutgasen verläuft *nicht* rein nach den Gesetzen der Diffusion. Von der CO_2-Abgabe glaubt S. zwar sagen zu können, dass der Austausch streng nach Maassgabe des Partialdruckes erfolgt. Aber für die O_2-Bindung im Blute nimmt er noch eine chemische Bindung in Anspruch. Dittler (Leipzig).

408. **Le bilan de l'oxygène chez l'homme**; par Léone Minervini. (Journ. de l'Anat. et de Physiol. XLIV. 2; Mars—Avril 1908.)

M. weist darauf hin, dass ein Unterschied besteht zwischen dem seiner Zeit von Regnault und Reiset zuerst beschriebenen (äusseren) respiratorischen Quotienten und dem (inneren) respiratorischen Quotienten, der durch das Verhältniss der gesammten producirten Kohlensäure zu dem gesammten verbrauchten Sauerstoff dargestellt wird. Dieser innere Coëfficient sei ausserordentlich viel wichtiger, allerdings seien wir noch weit davon entfernt, seine Grösse einigermaassen genau abschätzen zu können. G. F. Nicolai (Berlin).

409. **Les produits du metabolisme organique en l'absence d'oxygène libre**; par le Dr. F. Spallitta. (Arch. ital. de Biol. XLVII. 2. p. 230. 1907.)

Wenn man bei der marinen Schildkröte das Blut vollständig durch Kochsalzlösung ersetzt, so führt das Thier zwar keine spontanen Bewegungen mehr aus, die wichtigsten Lebensprocesse laufen aber offenbar ruhig weiter ab, denn das Herz bleibt dauernd in Thätigkeit und das Thier zeigt noch alle Reflexe. Es zeigte sich nun, dass fast unmittelbar nach der Transfusion der Kochsalzlösung dieses „künstliche Blut" seine Zusammensetzung in auffallender Weise ändert; vor Allem sind fast sofort Eiweissstoffe in ihm nachzuweisen und es erhält die Fähigkeit, spontan zu gerinnen. Auch bezüglich einer Regeneratiou, beispielsweise nach einem Aderlasse, verhält es sich durchaus wie normales Blutserum.

Der Gasgehalt dieses „künstlichen Blutes" ändert sich im Laufe eines Versuches wesentlich. Zwar gilt dieses nicht vom Sauerstoffe, denn dieser ist nach wie vor nur in ganz geringen Spuren nachweisbar. Aber der Gehalt an Kohlensäure nimmt,

Digitized by Google

je länger man beobachtet, deste höhere Werthe an. *Die Stoffwechselvorgänge gehen also, ohne dass gleichzeitig Blutsauerstoff verbraucht würde, beständig weiter.* Die Art, in der dabei die Kohlensäure gespeichert wird, entspricht vollkommen derjenigen im normalen Blutserum. Ein Theil ist „physikalisch gebunden" und kann im Vacuum ausgetrieben werden, der andere Theil ist „chemisch gebunden" und ist nur mit Hülfe einer stärkeren Säure aus seiner Bindung zu entfernen. Dittler (Leipzig).

410. **Ueber die Wirkung künstlich erzeugter physikalischer (osmotischer) Vorgänge im Thierkörper auf den Gesammtstoffumsatz mit Berücksichtigung der Frage von der Ueberempfindlichkeit;** von Ernst Heilner. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXII. 4. p. 476. 1908.)

Es wurden hungernden Kaninchen unter strenger Beobachtung des Stoffwechsels je 300 ccm physiologischer Kochsalzlösung, destillirten Wassers und 4proc. Kochsalzlösung unter die Haut gespritzt. Bei Injektion der isotonischen Kochsalzlösung trat keine nennenswerthe Aenderung des Stoffwechsels ein, aber sowohl das destillirte Wasser, wie die 4proc. Kochsalzlösung drückten die Stickstoffausscheidung sehr stark herab.

Genau die gleiche Wirkung wie die Injektion dieser hypo- und hypertonischen Lösungen hat, wie H. schon früher feststellte, die Injektion hochprocentiger Zuckerlösungen. H. führt diese Wirkung in allen Fällen im Wesentlichen auf Schädigungen des Stoffwechsels ausgedehnter Zellengruppen zurück, die „durch Gleichgewichtsbestrebungen osmotischer Natur" hervorgerufen seien.

Dittler (Leipzig).

411. **La chaleur de solution des gaz dans le sang;** par M. Camis, Pise. (Arch. ital. de Biol. XLVIII. 2. p. 261. 1908.)

C. weist darauf hin, dass sowohl die Bindung, als das Freiwerden von Gasen in einer Lösung einen Energiewechsel bedingen, der sich in äquivalenten Wärmeumsetzungen äussert und rechnet aus der Thatsache, dass bei der Lösung eines Gramm-Moleküls von CO_2 in Blut 5.4 und bei der Lösung eines Gramm-Moleküls von O_2 in Blut 10.2 Calorien entwickelt werden, aus, dass für einen Mann von 70 kg, dieses eine Produktion von ungefähr 127 grossen Calorien täglich bedingt.

G. F. Nicolai (Berlin).

412. **The effect of excess of carbon dioxide and of want of oxygen upon the respiration and the circulation;** by Leonhard Hill und Martin Flack. (Journ. of Physiol. XXXVII. 2. p. 77. 1908.)

Im Thierexperimente stellten H. u. Fl. neben der stark narkotisirenden Wirkung grosser Kohlensäuremenge (über 30% in der Respirationluft) eine excitatorische Wirkung geringerer Mengen auf Blutdruck und Athmung fest. Sie schlagen daher vor, bei Wiederbelebungsversuchen nicht reinen Sauerstoff, sondern ein Gemisch mit Kohlensäure zu verwenden. Die einfachste Methode sei es, während der Ausführung der künstlichen Athmung in den Mund des Patienten seinen eigenen kohlensäuregeschwängerten Athem zu blasen. Bei ihren Versuchen am Menschen stellten sie dagegen fest, dass die Fähigkeit, den Athem längere Zeit anzuhalten, im Wesentlichen von dem Sauerstoffgehalt in der Lunge abhängig ist, und sie meinen aus der Gesammtheit ihrer Experimente schliessen zu können, dass die normale Athmung zwar durch die Kohlensäurespannung in der Alveolarluft regulirt wird, dass aber dann, wenn die Arterialisirung des Blutes erschwert wird, die verringerte Sauerstoffspannung der wirksamere Faktor ist. G. F. Nicolai (Berlin).

413. **Einfluss der Aussentemperatur auf die Kohlensäureabgabe beim ruhenden nüchternen Menschen;** von J. Ignatius, L. Lund und O. Wärri. (Skand. Arch. f. Physiol. XX. 3 u. 4. p. 226. 1908.)

Die Vff. kamen bei 3 verschiedenen Versuchspersonen übereinstimmend zu dem Ergebnisse, dass bei einer gewissen Aussentemperatur, die zwischen 26° und 29° C. liegt, die CO_2-Abgabe des ruhenden nüchternen Menschen ein Minimum erreicht und dass sowohl bei einer niedrigeren, als bei einer höheren Aussentemperatur die CO_2-Abgabe grösser ist. Dittler (Leipzig).

414. **Die Wärmeabgabe der Frösche in Luft und in sauerstofffreien Medien;** von Ernst J. Lesser. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXIII. 3. p. 287. 1908.)

„Es ist durch diese Versuche als erwiesen anzusehen, dass die Wärmetönung des anoxybiotisch zur CO_2-Bildung führenden Processes erheblich geringer ist, als die des oxybiotischen. Das Leben ohne Sauerstoff kann mithin auch beim kaltblütigen Wirbelthier mit quergestreifter Muskulatur durch Sauerstoffspeicherung nicht erklärt werden." Dippe.

415. **Ueber den Sauerstoffwechsel fettsüchtiger Menschen;** von E. A. v. Willebrandt. (Skandin. Arch. f. Physiol. XX. 3 u. 4. p. 152. 1908.)

Aus einer Reihe von Versuchen über die Steigerung des Stoffwechsels nach Aufnahme verschiedener Nahrung, die vergleichsweise an normalen und an fettsüchtigen Versuchspersonen vorgenommen wurden, geht kein deutlich ausgeprägter Unterschied zwischen fettsüchtigen und gesunden Personen hervor. Dass bei einigen Versuchen ungewöhnlich niedrige Werthe für den Sauerstoffverbrauch während des Verdauungsprocesses bei Fettsüchtigen zu beobachten waren, bildet nach W.'s Ansicht keinen wesentlichen Faktor. Vielmehr lässt sich aus den vorliegenden Beobachtungen mit ziemlich grosser Wahrscheinlichkeit der Schluss ziehen, dass die Steigerung der Verbrennungsprocesse im Körper nach Nahrungaufnahme

Digitized by Google

obenso gross und von derselben Dauer ist, bei Fettsüchtigen wie bei Gesunden. Dittler (Leipzig).

416. **Les sécrétions internes, l'appareil nerveux hypophyséo-surrénal.** *Son rôle à l'état normal et à l'état pathologique;* par C.-E. De M. Sajous. (Gaz. des Hôp. LXXXI. 29. Mars 10. 1908.)

Die Hypophyse stellt ein Centrum dar, das auf nervösem Wege (auf der Bahn „du nerf hypophysco-surréual", Sajous,) dio Funktionen der Nobennieren reguliert und vor allem der Fixirung des Luftsauerstoffes im Körper und dem Stoffwechsel (d. h. den Verbrennungen im Körper) vorsteht.
Dittler (Leipzig).

417. **Les processus de la sécrétion de l'hypophyse des mammifères;** par Dr. A. Gemelli. (Arch. ital. do Biol. XLVII. 2. p. 185. 1907.)

Der drüsenartige Theil der Hypophyse besteht aus einem vorderen und einem hinteren Theil, die einen U-förmigen Hohlraum zwischen sich schliessen. Der vordere Theil enthält nur Drüsenzellen, dio sich znm Theil leicht, zum Theil so gut wie gar nicht färben lassen. Die hintere Partie zeigt ausser dem Drüsengewebe ein reiches Maschennetz von Nervenfasern.

Wie aus dem experimentellen Theil der Arbeit hervorgeht, scheint die Hypophyse eine Art Gegenwirkung gegen die Glandula thyreoidea und Glandula suprarenalis auszuüben, und zwar durch innere Sekretion einer „specifischen Substanz", die vom vorderen Theil der Drüse an das Blut abgegeben wird. G. glaubt Grund zu haben zu der Annahme, dass die Produktion des specifischen Sekrets vom rein nervösen Theil der Hypophyse aus durch Vermittelung des genannten hinteren drüsigen Theiles angeregt wird. Dittler (Leipzig).

418. **Ueber den Einfluss der Schilddrüse auf den zeitlichen Ablauf der Zersetzungen;** von G. A. Pari. (Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. 1908.)

Die Schilddrüse hat einen Einfluss auf den zeitlichen Ablauf der Zersetzungen, da bei schilddrüsenlosen Hunden die Wirkung der Kohlohydrate auf den zeitlichen Ablauf der Eiweisszersetzung viel langsamer eintritt als bei normalen Hunden. Ferner verlieren bei schilddrüsenlosen Hunden nach längerem Hunger die Kohlehydrate ihre verlangsamende Wirkung auf den Ablauf der Eiweisszersetzung nicht so rasch. Daraus geht hervor, dass bei schilddrüsenlosen Hunden auch der Kohlehydratumsatz ebenso wie der Eiweiss- und Fettumsatz herabgesetzt nnd die Kohlehydratmobilisirung verlangsamt ist. Isaac (Wiesbaden).

419. **Ueber die Beziehungen der Schilddrüsen zur physiologischen Wirkung des Adrenalins;** von Dr. E. P. Piek und Dr. Friedrich Pineles. (Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. 1908.)

Die Vff. studirten den Einfluss der Schilddrüse auf die verschiedenen physiologischen Wirkungen des Adrenalins. Es zeigte sich, dass die Schilddrüsenexstirpation beim *Kaninchen* weder die Glycosurie erzeugende, noch die blutdrucksteigernde, noch die diuretische Wirkung des Adrenalins beeinflusst. Dagegen verhindert die Schilddrüsenexstirpation bei der *Ziege* das Auftreten der Adrenalinglycosurie, während sie auch hier die blutdrucksteigernde und diuretische Wirkung des Adrenalins unbeeinflusst lässt. Isaac (Wiesbaden.)

420. **Ueber die Natur der blutdruckerniedernden Substanz in der Schilddrüse;** von Prof. Otto v. Fürth und Dr. Carl Schwarz. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 361. 1908.)

Schilddrüsenextrakt zeigt bei intravenöser Injektion eine deutliche blutdruckerniedrigende Wirkung. Es liess sich durch chemische Analysen feststellen, dass der wirksame Bestandtheil der Schilddrüse mit dem nach seiner blutdruckerniedrigenden Wirkung schon länger bekannten *Cholin* durchaus übereinstimmt. Dittler (Leipzig).

421. **Ueber das Vorkommen von Cholin in der Thymus, in der Milz und in den Lymphdrüsen;** von Dr. Carl Schwarz und R. Ledorer. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 353. 1908.)

Die starke blutdruckerniedrigende Wirkung von Extrakten aus Thymus, Milz oder Lymphdrüsen ist zum *Theil* darauf zurückzuführen, dass diese Organe *Cholin* enthalten, das in das Extrakt übergeht. Sicherlich enthalten sie aber ausserdem noch eine Reihe anderer, blutdruckerniedrigender Substanzen, deren Isolation Sch. und L. nicht gelang. Vermuthlich handelt es sich um Stoffe aus der Gruppe der Histone, deren Vorkommen in den untersuchten zellenreichen Organen seit langem bekannt ist und deren depressorische Wirkung vor einigen Jahren von Thompson (Ztschr. f. physiol. Chem. XXIX. 1900) festgestellt wurde.
Dittler (Leipzig).

422. **Zur Kenntniss der Sekretine;** von Prof. Otto v. Fürth und Dr. Carl Schwarz. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 9 u. 10. p. 427. 1908.)

v. F. nnd Sch. stellten fest, dass sowohl in Darmextrakten wie in dem nach dem Verfahren von Bayliss nnd Starling bereiteten „Sekretin" Cholin enthalten ist. Ein Theil der diesen Extrakten eigenthümlichen, erregenden Wirkung auf die Sekretionsthätigkeit des Pankreas und der Speicheldrüsen ist donn auch auf Rechnung ihres Cholingehaltes zu setzen. Es ist aber das Sekretin in der Wirkung dem Cholin durchaus nicht gleich zu setzen, da die Wirkungen beider keineswegs parallel gehen und da dio sekretorische Wirkung des Cholins durch Atropin vollständig aufgehoben, derjenige des Sekretins jedoch nur abgeschwächt

Digitized by Google

wird. Das „Sekretin" nach Bayliss und Starling ist demnach nicht als eine einheitliche Substanz, sondern als ein Gemenge mehrerer, die Drüsensekretion auslösender Agentien anzusprechen, deren eines durch die vorliegende Arbeit als Cholin erkannt worden ist. Dittler (Leipzig).

423. **Kann man den Angriffspunkt eines Giftes durch antagonistische Giftversuche bestimmen?** von R. Magnus. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 1—3. p. 99. 1908.)

M. wendet sich gegen die in der Physiologie und speciell auch in der Pharmakologie seit vielen Jahren gebräuchlichen Methoden der Bestimmung des Angriffspunktes eines Giftes durch antagonistische Giftversuche. Zu diesen Methoden rechnet M. einmal dasjenige Verfahren, nach dem der Angriffspunkt eines Giftes auf ein complicirt gebautes Organ in der Weise festzustellen versucht wurde, dass man zuvor durch irgend ein zweites Gift einen Theil des untersuchten erregbaren Gebildes (beispielsweise die Nervenenden) lähmte; wirkte danach das zu prüfende Gift noch erregend, so schloss man, dass es seinen Angriffspunkt peripherisch von dem zweiten haben müsse und umgekehrt. Die zweite hier in Frage kommende Methode beruht darauf, dass man annahm, zwei „doppelseitige Antagonisten", d. h. zwei Gifte, deren jedes die Wirkung des vorher applicirten anderen aufzuheben vermag, müssten denselben Angriffspunkt haben.

Das erstgenannte der beiden Verfahren hat, wie leicht ersichtlich ist, zur Voraussetzung, dass ein Nerv oder ein Muskel, der durch irgend ein Gift gelähmt ist, durch ein zweites Gift *unter keinen Umständen mehr erregt werden könne*, eine Voraussetzung, die keineswegs zutrifft, wie zahlreiche Fälle und viele alltägliche Erfahrungen lehren. Die Unzulänglichkeit der zweiten Methode wird von M. an den Beispielen: Curare — Physostigmin — Nicotin in ihrer Wirkung auf Nerv und Muskel, Atropin — Pilocarpin — Physostigmin an dem Sphincter pupill. und Pilocarpin — Atropin am Darm überzeugend nachgewiesen.

Dittler (Leipzig).

424. **Ueber die combinirte Wirkung von Atropin und Morphin auf den Magendarmkanal hungernder Kaninchen;** von Dr. G. Swirski. (Arch. f. Physiol. CXXI. 3u. 4. p. 211. 1908.)

Bei einer combinirten Verabreichung von Morphin. hydr. und Atropin. sulph. in Dosen, die einzeln nicht die geringste Wirkung auf „die Vertheilnng des Magendarminhaltes" haben, tritt eine Verlangsamung der Magenperistaltik ein, wie sie bei isolirter Morphinverabreichung erst bei ca. 10mal grösserer Dosis beobachtet wird. Diese Wirkung beruht wahrscheinlich auf einer unter Mitwirkung des Atropins vor sich gehenden Abschwächung der Vagusimpulse. Kurz nach der Herabsetzung der Magenperistaltik tritt ebenfalls schon bei kleinen Morphinmengen mit Atropin auch noch eine Erregung des Splanchnicuscentrum ein, „die möglicherweise mit einer auf das Atropin zu beziehenden Erregung des genannten Centrum sich combinirt." Dittler (Leipzig).

425. **Zur Frage der Verdauungsarbeit;** von Ernst Heilner. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXII. 4. p. 488. 1908.)

Eine „Verdauungsarbeit" im Zuntz-Mehring'schen Sinne giebt es nach der Ansicht H.'s *nicht*. Diese schon in einer älteren Arbeit von H. vertretene Ansicht wird an der Hand geeigneter Stoffwechselversuche hier ausführlich begründet.

Dittler (Leipzig).

426. **Die sekretorische Funktion der Magendrüsen unter abnormen Bedingungen der Innervation und Kanalisation des Organs;** von Dr. G. Di Cristina. (Virchow's Arch. CXCIV. 1. p. 32. 1908.)

Versuche an Hunden: „Der Sekretionsprocess der Labdrüsen besteht aus zwei Theilen: a) in der Bereitung der Granula und b) in ihrer Ausscheidung. a) Der Process der Bereitung des Sekretionsproduktes ist hauptsächlich an die Funktion der Kerne gebunden und bleibt unter abnormen Bedingungen der Innervation unverändert. b) Der Process der Ausscheidung der Granula ist abhängig von der Einwirkung des Vagus.

In den Fällen, in denen das Cytoplasma tiefgehende Veränderungen erlitten hat (vacuoläre oder atrophische Degeneration oder hydropische Anschwellung), bleibt der Process der Bereitung des Sekretionsproduktes der Zelle so lange unverändert, als der Kern verschont ist, hört aber vollständig auf, sobald der Kern Degenerationserscheinungen aufweist." Dippe.

427. **Zur Frage von der Bildung einer Laktase im Pankreas nach reichlicher Ernährung mit Milchzucker;** von Dr. Julius Wohlgemuth. (Charité-Ann. XXXII. p. 306. 1908.)

Weinland hat angegeben, dass bei Hunden nach längerer Darreichung von Milch und Milchzucker im Pankreas ein die Laktase spaltendes Ferment auftritt. Diese sehr auffallende und mit manchen wohl verbürgten Dingen im Widerspruche stehende Angabe ist nach W.'s Untersuchungen falsch. Das Hundepankreas enthält keine Laktase und daran ändert auch die Darreichung von Milch und Milchzucker nichts. Dippe.

428. **Versuche am überlebenden Dünndarm von Säugethieren.** 7. Mittheilung: *Zur Wirkung kleinster Atropinmengen auf den Darm;* von R. Magnus. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 1—3. p. 95. 1908.)

Das Atropin vermag in verschwindend kleinen Dosen (von $^1/_{10}$ mg auf 2000 ccm Ringer an) Er-

regungzustände, dio durch Pilecarpin, Muscarin, Physestigmin nnd andere Gifte nm Darm hervergernfen wurden, antagonistisch aufzuheben. Am verher ganz nnbeeinflussten Darme bringen dieselben Dosen, die die genannte antagonistische Wirkuug haben, wie M. entgegen der Behauptung Unger's (Arch. f. Biol. CXIX. p. 373) feststellt, merkwürdiger Weise *nicht die geringste Wirkung* herver. M. schlägt darum vor, „die antagonistische Wirkung des Atropins gegenüber den genannten erregenden Giften völlig ven seiuer Wirkung auf den nermalen Darm zu trennen."

Die Dosen, die die bekannte erregende, sowie die hemmende Wirkung des Atropins auf den nermalen Darm zur Felge haben, liegen nämlich erst bei 2.5 cg auf 200 ccm Ringer und höher.

Dittler (Leipzig).

429. **Die Bedeutung der Darmbakterien für die Ernährung;** von Max Schettelius. (Arch. f. Hyg. LXVII. 3. p. 177. 1908.)

Sch. schätzt diese Bedeutung nach seiuen Versuchen sehr hoch. Die Bakterien des gesunden Darmes befördern Verdauung und Aufsaugung der Nahrungsmittel, regen die Darmperistaltik an, überwuehern und verniehten in den Darm hineingelangte fremde Baktorien und festigen den Körper gegen pathogene Bakterien nnd gegen Bakteriengifte.

Dippe.

430. **Einfluss des Darmextraktes und Pepton Witte auf die Harnabsonderung;** von Prof. A. Gizelt. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 540. 1908.)

Wie ven Popielski (Arch. f. Physiel. CXXI. 1907) unlängst gezeigt wurde, äussert sich die Wirkung einer subcutanen Injektien ven Darmextrakt in einer kurzdauernden (1—2 Minuten), starken Herabsetzung des Blutdruckes. Die an Hunden angestellten Versuche G.'s haben nun ergeben, dass dio Injektion von Darmextrakt aueh eine sehr beträchtliche Verminderung, bez. Sistirung der Harnsekretion zur Folge hat. Diese überdauert die Blutdrucksenkung um ein Vielfaches, kann also kaum auf diese zurückzuführen sein. Der Verminderung der Nierensekretion folgt nach ca. 10 Minuten eine allmähliehe Steigerung gegenüber der Nerm, die nach G.'s Ausicht durch die im Darmextrakte enthaltenen mineralischen Salze bedingt wird.

Pepten Witte verhält sich in jeder Beziehung ebenso wie Darmextrakt, sewohl was seine Beeinflussung des Kreislaufes (Popielski), als was seine Nierenwirkung betrifft. Dittler (Leipzig)

431. **Ueber die Ermüdbarkeit des Nerven;** ven A. Beek. (Arch. f. Physiol. CXXII. 12. p. 585. 1908.)

Versuche an Katzen führten B. zu der Anschauung, „dass unter ganz nermalen Verhältnissen während der Leitung physielegischer Reize, welche in Betreff ihrer Intensität weit unter den künstlichen Reizen stehen, die Nervenfaser *gar nicht* ermüdet." Die zu Grunde liegenden Versuche wurden am Halssympathieus (Reizstelle oberhalb des Ganglien corvicale supremum) ausgeführt nnd als Reagens die Erweiterung der Pupille benutzt. Trotz sehr protrahirter Reizung mit Induktienströmen (bis zu 17 Stnnden) blieb die Pupille des Thieres andauernd fast maximal erweitert.

Dittler (Leipzig).

432. **Ueber den reizbaren und leitenden Bestandtheil, sowie über die angebliche Unermüdbarkeit der Nervenfaser;** von Ednard Pflüger. (Arch. f. Physiol. CXXII. 12. p. 593. 1908.)

Pfl. weist darauf hin, dass er schon ver Jahrzehnten gewichtige Gründe dafür beigebracht hat, dass der Nerv *nicht* unermüdbar sei, sowie auch dafür, dass die Neurofibrillen das leitende Element der Nervenfaser darstellen. Dittler (Leipzig).

433. **Erlischt das Leitungsvermögen motorischer und sensibler Froschnerven bei derselben Temperaturerhöhung?** von Max Hafemann. (Arch. f. Physiel. CXXII. 10 u. 11. p. 484. 1908.)

Temperaturen von 44—48° C. führen je nach der Dauer der Einwirkung zu einer isolirten Aufhebung der Leitungfähigkeit in sensibeln nnd motorischen Fasern und zwar erlischt stets zuerst die Erregbarkeit der sensibeln Nervenfasern. Hierbei lässt sich ein Stadium finden, in dem die sensible Nervenfaser völlig gelähmt, die meterische aber in ihrer Leitungsfähigkeit völlig intakt ist.

Dittler (Leipzig).

434. **Ein neuer Beweis für die leitende Funktion der Neurofibrillen;** ven Albreeht Bethe. (Arch. f. Physiel. CXXII. 1—3. p. 1. 1908.)

B. erbringt in schlagender Weise den Beweis dafür, dass die Neurofibrillen und *nicht* die Perifibrillärsubstanz das leitende Princip im Nerven darstellen. In dehnbaren Nerven (vom Blutegel) ist die Leitungsgeschwindigkeit in einem gegebenen Nervenstück nämlich proportional der jeweiligen Länge. Da nun die Neurofibrillen innerhalb der physiologischen Dehnungsgrenzen des Nerven (im ungedehnten Nerven verlaufen sie geschlängelt) die gleiche Länge bewahren. so ist bewiesen, dass sie als die Hauptträger der Erregungsleitung anzusprechen sind. Denn das Nervenfaserplasma der Nervenfasern verändert seine Länge je proportional der Dehnung des Nerven. Hinge die Leitungsgeschwindigkeit ven ihm ab, so müsste die Leitungsgeschwindigkeit bei der Dehnung des Nerven constant bleiben.

Die Leitungsgeschwindigkeit der Neurofibrillen (also in gestrecktem Zustande gemessen) beträgt 32—40 cm in der Sekunde.

Digitized by Google

B. giebt ausserdem an, dass die Länge der Roflexzeit beim Blutegel höchstens 0.003 Sek. beträgt. Die Latenz der Roflexhemmung ist grösser als die Latenz der Reflexcontraktion, d. h. Tonusanstieg erfolgt raschor auf den auslösenden Reiz hin als Tonusabfall. Die Länge der Reflexlatenz und Muskellatenz ist vom Tonuszustand des reagirenden Muskels abhängig. Dittler (Leipzig).

435. **Zur Frage über hemmende Fasern in den Muskelnerven;** von R. Nikolaides und S. Dontas. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 133. 1908.)

N. und D. machten die Beobachtung, dass der Totanus des Gastrocnemius, der durch faradische Reizung der oberen Wurzel des Plexus lumbalis beim Frosch hervorgerufen wird, abfällt, wenn gleichzeitig die untere Lumbalwurzel faradisch gereizt wird. Und umgekehrt, dass der Tetanus des Gastrocnemius, der durch Reizung der *beiden* Lumbalwurzeln des Nervus ischiadicus hervorzurufen ist, unter günstigen Umständen noch ansteigt, wenn dio Reizung der unteren Wurzel plötzlich ausgesetzt wird. Aus diesem Befund schliessen N. und D., dass in der unteren Wurzel *hemmende Nervenfasern zum Muskel ziehen.* (Bei dieser Deutung der beobachteten Erscheinungen sind nach der Ansicht des *Ref.* nicht nur rein physikalische Fehlerquellen (Stromschloifen) und damit auch der Einfluss der Interferenz zweier Erregungswellen, sondern auch ein event. Versagen der Nervenendplatte nicht genügend berücksichtigt!) Die Thatsache, dass die beschriebenen Erscheinungen nur relativ schwer zu demonstrieren, d. h. nicht immer mit Sicherheit zu erhalten sind, erklären N. und D. damit, dass in der unteren Wurzel erregende *und* hemmende Fasern nobeneinander liegen und dass nur bei einer ganz bestimmten Stärke des Reizstroms die Wirkung der hemmenden Fasern in den Vordergrund der Erscheinungen tritt.
Dittler (Leipzig).

436. **Ueber Interferenzen zwischen zwei schwachen Reizen;** von Martin Gildemeister. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 9 u. 10. p. 447. 1908.)

Bei Reizversuchen am Froschmuskel, bei denen G. zwei sehr schwache Reize in verschiedenen zeitlichen Intervallen auf den zugehörigen Nerven wirken liess, kam er zu dem Ergebnisse, dass ein untorschwelliger Stromstoss auf einen darauf folgenden submaximalen bei waehsendem zeitlichem Abstande zuerst verstärkend, dann abschwächend und bei noch grösserem Intervall überhaupt nicht mehr wirkt. Dio Zeit der Verstärkung dauert etwa 0.0004 Sekunden, die der Abschwächung 0.002 bis 0.003 Sekunden.

Diese Ergebnisse gelten für Reizung vom Nerven aus sowohl mit Indnktionschlägen, als mit Condensatorentladungen. Dittler (Leipzig).

437. **On the contraction of muscle, chiefly in relation to the presence of „receptive" substances;** by J. N. Langley. Part. II. (Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. 165. 1908.)

Bringt man einen Muskel in Nicotinlösung von 0.0001—1.0%, so verfällt er in Contraktion, verharrt längere Zeit in Contraktur und verlängert sich schliesslich wieder. Sowohl der zeitliche Ablauf dieses Vorganges, als auch die Höhe der Contraktioncurve hängen in erster Linie von dem Procentgehalte der Nicotinlösung ab. Andere Faktoren, wie die Temperatur, sind von nur untergeordneter Bedeutung.

Gleichzeitig werden die Anspruchsfähigkeit und die Contraktionshöhe der Muskeln durch das Nicotin in charakteristischer Weise verändert; dasselbe gilt von der Erregbarkeit des Muskels von seinem Nerven aus. Zur Erklärung dieser recht complicirten Erscheinungen, die im Einzelnen anzuführen zu weit ginge, greift L. zu der Annahme einer receptiven Substanz im Muskel, d. h. eines zwischen Nervenendorgan und contraktile Muskelsubstanz eingeschalteten, dem Muskel zugehörigen Aufnahmeapparates für zugeleitete, wie für direkt applicirte Reize. Dieser von ihm als „receptive substance" bezeichnete „Reizempfänger" des Muskels, ist nach L.'s Ansicht der Angriffspunkt der Giftwirkung.
Dittler (Leipzig).

438. **On the contraction of muscle, chiefly in relation to the presence of „receptive" substances;** by J. N. Langley. Part. III. (Journ. of Physiol. XXXVII. 4. p. 285. 1908.)

Einen weiteren Beleg dafür, dass das Nicotin nicht am Nervenendorgane, sondern an einer dem Muskel zugehörigen Substanz angreift, hat L. darin gefunden, dass Muskel, deren Nerven degenerirt waren, sich dem Gifte gegenüber genau ebenso verhielten wie normale. L. hat seine Versuche an Muskeln angestellt, deren Nerven mindestens 100 Tage zuvor durchschnitten worden waren. Die Degeneration der Nervenendorgane war also sicher eine vollkommene. Dittler (Leipzig).

439. **The electrical response of muscle in voluntary contraction in man;** by F. Buchanan. (Journ. of Physiol. XXXVII. 3. 1908.)

B. untersuchte die Aktionsströme der Unterarmflexoren, indem sie sie einmal willkürlich in Contraktion versetzte, das andere Mal den Nervus medianus mit starken constanten Strömen reizte. Da sie in beiden Fällen ungefähr dieselbe Anzahl von elektrischen Schwankungen pro Sekunde erhielt, nämlich 50—60, so ist sie der Ansicht, dass es sich hierbei um *den Ausdruck eines eigenen Organrhythmus der quergestreiften Muskulatur* handele. Für die Piper'sche Anschauung, dass der Muskel pro Sekunde *50—60 Impulse vom Centralnervensystem* erhalte, liegt nach diesen Ergebnissen jedenfalls *kein* Grund vor.

Digitized by Google

Vom Masseter erhielt B. 180—200 Aktionsstromstösse in der Sekunde. Dittler (Leipzig).

440. **Weitere Beiträge zur Kenntniss der willkürlichen Muskelcontraktion;** von Dr. H. Piper. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXII. 4. p. 504. 1908.)

In einer Untersuchung, in der Muskeln der verschiedensten Körperregionen auf ihren Aktionstrom bei willkürlicher Contraktion geprüft wurden (am Menschen), kommt P. zu der Ueberzeugung, dass die zwar kleinen, aber mit grosser Regelmässigkeit zu constatirenden Unterschiede der *Zahl* der Einzelaktionsströme, die an den verschiedenen Muskeln in der Zeiteinheit abzuleiten sind, dadurch bedingt sein müssen, dass *nicht alle motorischen Innervationscentren ihre Impulse in derselben Periodik zu den von ihnen versorgten Muskeln entsenden.* Dabei scheinen anatomisch nahe zusammenliegende und funktionell engverknüpfte Ganglienzellengruppen in ihrer „Periode" einander in der Regel sehr nahe zu stehen. So zeigen die Armmuskeln Perioden von 42—50, die Kaumuskeln 80—100, die Beinmuskeln dagegen von nur 38—41 Schwankungen in der Sekunde. Dittler (Leipzig).

441. **Neue Versuche über den willkürlichen Tetanus der quergestreiften Muskeln;** von Dr. H. Piper. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXII. 4. p. 393. 1908.)

P. hat seine Versuche, die zur Feststellung führten, „dass bei der willkürlichen Muskelcontraktion 47—50 Einzelaktionsströme pro Sekunde abzuleiten sind," mit verfeinerten Methoden wiederholt und kann seine früheren Angaben im Ganzen bestätigen. Die Verwendung des grossen Einthoven'schen Saitengalvanometers hat ihn zu der Ueberzeugung gebracht, dass auf den ca. 50 grossen Aktionsstromzacken noch je 3—4 kleinere superponirt sind. Die Amplitude der einzelnen Schwankungen hängt von der Kraft, mit der die Contraktion ausgeführt wird, ab.

P. zieht aus dem Verlauf seiner Curven den Schluss, dass die neue Erregungswelle vom oberen Muskelende immer erst dann abgeht, wenn die vorhergehende über den ganzen Muskel hin abgelaufen ist, also das untere Muskelende eben passirt hat. Durch diese Annahme wird er freilich zu der etwas befremdenden Schlussfolgerung geführt, dass die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Erregung in langfaserigen Muskeln grösser sei als in kurzfaserigen.

Bezüglich des Ursprunges der einzelnen Erregungswellen bleibt P. nach wie vor auf der auch schon früher von ihm vertretenen Ansicht bestehen, dass sie „central bedingt" seien, d. h. dass jeder Erregungswelle ein vom nervösen Centralorgan dem Muskel zukommender „Impuls" entspräche.

Dittler (Leipzig).

442. **Die Erregbarkeit von Muskeln und Nerven unter dem Einfluss verschiedenen Wassergehaltes;** von Dr. F. Urano. (Ztschr. f. Biol. N. F. XXXII. 4. p. 459. 1908.)

Mittels der Methode der Schwellenbestimmung wurde an überlebenden Froscharterien, die theils in Ringer'scher Lösung (Controlpräparate), theils in hyper- und hypotonischen Salzlösungen gehalten wurden, die die „Ringersalze" im selben Verhältniss wie die Ringer'sche Lösung enthielten, festgestellt, dass die geschrumpften Gewebe *schwerer*, die gequollenen dagegen *leichter* ansprechen als die normalen (= Ringer-) Muskeln. Dieses Ergebniss steht in gutem Einklange mit den Befunden Durig's an Fröschen, die er in vivo künstlich wasserarm gemacht hatte. Dagegen steht es in merkwürdigem Gegensatz zu der jedem Physiologen bekannten Erscheinung, dass Nerven und Muskeln, die (z. B. während eines Versuches) an der Luft einer mässigen Eintrocknung unterliegen, bedeutend an Ansprechfähigkeit gewinnen. [Es ist nicht ausgeschlossen, dass bei den Versuchen U.'s nicht nur die Wirkung grösseren oder geringeren Wassergehaltes zum Ausdruck kommt, sondern dass auch specielle Salzwirkungen zugleich mit im Spiele sind. *Ref.*]

Dittler (Leipzig).

443. **Wave-like variations in muscular fatigue curves;** von C. T. Symons. (Journ. of Physiol. XXXVI. 6. p. 385. 1908.)

S. hat beobachtet, dass bei der Ermüdung von Kaltblüter- und Warmblütermuskeln, in Folge von Reizung mit maximalen Oeffnungsinduktionsschlägen die Ermüdung nicht zu einer dauernden Verkleinerung der Hubhöhen führt, sondern dass vor Allem nach einer Veränderung des Gewichtes, des Reizungsrhythmus oder der Temperatur, sowie nach kurzen Pausen, resp. nach Perioden, in denen mit submaximalen Reizen gereizt wurde — wellenartige Variationen in der Hubhöhe auftreten. Dieses ist bei allen Thieren unter allen Bedingungen möglich.

G. F. Nicolai (Berlin).

444. **Sur la fonction des muscles dégénérés;** par le Dr. G. Guerrini. (Arch. ital. de Biol. XLVII. 2. p. 177. 1907.)

Der normale Muskel unterliegt dem Pflüger'schen Gesetz ebenso wie der Nerv, sowohl was das Gesetz der polaren Erregung, als auch was die Erscheinung der polaren (elektrotonischen) Erregbarkeitänderung betrifft. Bei degenerirten Muskeln sieht man in vielen Fällen gar keine Abweichung des Verhaltens von der Norm, manchmal aber zeigen sie im Elektrotonus gerade das entgegengesetzte Verhalten. Die Erregbarkeit degenerirter Muskeln ist gegenüber normalen *immer* herabgesetzt.

Dittler (Leipzig).

445. **Les théories modernes du sens lumineux et du sens chromatique;** par le Dr. H. Coppez. (Presse méd. Belge LX. 5. Févr. 2. 1908.)

C. bespricht — freilich ohne die neueste Literatur zu kennen, bez. zu berücksichtigen — zunächst die objektiv nachweisbaren Veränderungen der Netzhaut unter dem Einfluss des Lichtes, nämlich die verschiedene Färbbarkeit und die verschiedene Reaktion der Hell- und Dunkelnetzhaut, die Pigmentwanderung, Zapfencontraktion, Sehpurpurbleichung und die elektromotorischen Wirkungen der Netzhaut. Er ist der Ansicht, dass die Farbentheorien von Young-Helmholtz, Hering und die Stäbchentheorie von von Kries, die angeführten objektiven Reaktionen der Netzhaut nicht genügend berücksichtigen, theils zu ihnen sogar gar nicht stimmen, und bezeichnet als einzig ausreichende die „théorie anatomo-physique" von Raehlmann (Weimar), der sich beispielsweise die Farben in den Sehelementen genau nach Art der Farbenphotographie zu Stande kommend denkt. Näheres Arch. f. Physiol. 1905/1906.

Dittler (Leipzig).

446. **Die Funktion der Netzhaut beim Sehakte.** *Eine biophysikalische Hypothese;* von Dr. Berthold König in Göding. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Physiol.] XLII. p. 424. 1908.)

Während bei der Mehrzahl der Autoren das Bestreben vorherrscht, das Sehen durch Vergleiche zu erklären, die aus dem Gebiete der Elektricität geholt sind, hat K. völlig andere Bahnen eingeschlagen. Er stützt sich auf eine Beobachtung Alefeld's, der gezeigt hat, dass in scheinbar trockenen, mit harzigen oder gelatinösen Schichten bestrichenen Platten durch Belichten unter einem dicht anliegenden Objekte dessen scharfes Negativbild entsteht. Alefeld erklärt den Vorgang folgendermaassen: colloidale Substanzen wandern dem Lichte entgegen, so dass aus einer fast trockenen colloidalen Lösung der gelöste Stoff nach den Stellen des stärksten Lichtes am stärksten zieht, an weniger lichte Stellen entsprechend geringer. Diese „Diffusion in's Licht" besorgt nach Ansicht K.'s der Sehpurpur in der Netzhautpigmentschicht, indem er an die belichteten Stellen mit grosser Geschwindigkeit hinwandert und gleichsam ein Haut-Relief-Bild liefert. Die leicht beweglichen Stäbchen und Zapfen umfassen das in sie hineinwachsende plastische Bild, Körner und Körnchen der Netzhaut werden demgemäss verschoben und der gesammte Complex des Sehnervenendes kommt somit zu einem ganz dem Tastgefühle analogen Eindrucke, der gleichsam als Druck-Tastempfindung in das Gehirn fortgeleitet wird. Das Sehen wäre demnach ein besonderes, äusserst feinorganisches Tasten.

F. Schoeler (Berlin).

447. **Ueber die Unterschiedsschwelle im aufsteigenden Theile einer Lichtempfindung;** von Dr. R. Stigler. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 163. 1908.)

Für „zeitlich submaximale Lichtreize", d. h. für solche, die nicht so lange andauern, bis sie das Maximum der Helligkeitempfindung erzeugt haben, das sie bei längerer Dauer hervorbringen würden, steigt die zeitliche Unterschiedempfindlichkeit mit der Grösse der Expositiondauer. Das Weber'sche Gesetz (psycho-physisches Grundgesetz) hat hier also nur in beschränktem Maasse seine Gültigkeit. Die zeitliche Unterschiedempfindlichkeit des *fovealen Antheiles des Sehorganes* verhält sich somit ebenso, wie es für die Wahrnehmung von Intensitätveränderungen der Beleuchtung des *ganzen Gesichtfeldes* schon bekannt ist, nämlich „dass mit *steigender* Belastung die relative Empfindlichkeit *steigt*."

Dittler (Leipzig).

448. **Ueber die Lokalisirung von diaskleral in das Auge fallenden Lichtreizen;** von P. Grützner. (Arch. f. Physiol. CXXI. 5—6. p. 298. 1908.)

Die Behauptung Veraguth's (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. XLII. p. 162. 1906), bei Reizung mit diaskleral in das Auge fallendem Licht fände eine Ausnahme von dem Hering'schen Lokalisationsgesetz statt, wird auf offenkundige Versuchfehler zurückgeführt und als falsch zurückgewiesen. Das Gesetz, dass bei temporaler Reizung die Helligkeit nasalwärts und bei nasaler Reizung temporalwärts gesehen wird, hat auch für diasklerale Lichtreize ihre volle Gültigkeit, wenn nur nicht an Stellen, d. h. so weit vorne, gereizt wird, dass auf der Reizseite durch den Reiz gar keine lichtempfindliche Netzhautstelle getroffen wird.

Dittler (Leipzig).

449. **Zur Frage der Referenzflächen;** von Aloys Müller. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XLVII. 4. p. 287. 1908.)

Diese gegen von Sterneck gerichtete kurze Arbeit klingt in folgende Worte aus, die den Standpunkt M.'s in der Frage der Referenzflächen ausreichend charakterisiren dürften:

„Die ganze Referenzflächentheorie, die natürlich auf fast jeden beliebigen Gegenstand des Gesichtsfeldes so gut wie auf Sonne, Mond und Sterne angewandt werden kann, ist also nichts weiter als ein gelehrter Ausdruck für die Binsenwahrheit, dass uns alle Gegenstände durchschnittlich um so kleiner erscheinen, je weiter sie von uns entfernt sind. Es ist mir unfassbar, wie man den Begriff der Referenzfläche, selbst wenn wir ihn einmal als brauchbaren psychologischen Hülfsbegriff acceptiren, zu einer *Erklärung* psychologischer Erscheinungen benutzen und zu einer Theorie ausbauen kann. Von Sterneck hat sich durch sein formal mathematisches Denken völlig täuschen lassen. Ich wiederhole entschieden: das Problem liegt in der Psychologie, nicht in der Mathematik."

Dittler (Leipzig).

450. **Ueber das Sehen von Bewegungen.** *II. Die Wahrnehmung kleinster Bewegungen bei Ausschluss aller Vergleichsgegenstände;* von Dr. Adolf Basler. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. 1908.)

Bei Ausschluss aller Vergleichsgegenstände, d. h. im Dunkeln, wird die seitliche Verschiebung

eines leuchtenden Spaltes eben noch wahrgenommen, wenn die Bewegung des Netzhautbildes 5.25 μ beträgt, eine Grösse, die einem Gesichtswinkel von 1 Minute 15 Sekunden entspricht. Die Empfindlichkeit für Bewegungen ist unter diesen Umständen also etwa 4mal so klein, als wenn man ruhende Vergleichsgegenstände sieht. Von der Macula lutea aus nimmt die Sehschärfe für Bewegungen auch im Dunkeln nach allen Richtungen stetig ab. Die Abnahme erfolgt dabei rascher als die Abnahme der Zapfen in der Netzhaut, so dass kein direktes Verhältniss zwischen der Empfindlichkeit der Netzhaut für Bewegungen und ihrem Zapfengehalt zu bestehen scheint.

Während die kleinsten noch wahrnehmbaren Bewegungen eines weissen Papierstreifens bei Tagesbeleuchtung bis auf's *Zehn*fache überschätzt zu werden pflegen, werden bei Ausschluss aller Vergleichsgegenstände die Bewegungen *nicht für so viel grösser* gehalten, wie B. meint, offenbar deshalb, weil sehr kleine Bewegungen überhaupt nicht wahrgenommen werden. Dittler (Leipzig).

451. **Ueber das Flimmern der Kinematographen;** von Dr. R. Stigler. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 224. 1908.)

Das Flimmern des Kinematographen kommt nicht in erster Linie dadurch zu Stande, dass jedes Mal während des Bildwechsels die in die Pause fallenden Bewegungsphasen einfach ausfallen (denn das Fehlende wird sehr leicht subjektiv ergänzt), sondern es ist hauptsächlich auf den ständigen Wechsel der *hellen* und *dunkeln* Phasen zurückzuführen. Wenn die den Lichtreiz überdauernde Lichtempfindung nicht die ganze für den Bildwechsel nöthige Zeit über anhält, so *muss* ja sozusagen ein beständiges „Flackern" zu Stande kommen.

Da nun die den Lichtreiz überdauernde Lichtempfindung *um so stärker ist und um so länger bestehen bleibt, je geringer der verursachende Lichtreiz an Dauer und Intensität ist*, so kann man dem Flimmern entweder dadurch wirksam begegnen, dass man die Intensität der Gesammtbeleuchtung der vorgeführten Bilder nach Möglichkeit herabsetzt, oder dadurch, dass man die helle Bildphase künstlich in mehrere, im einzelnen also viel kürzer dauernde zerlegt. Auf beide Arten hat man in der That dem Flimmern wesentlich abgeholfen. Vor allem hat es sich bewährt, dicht vor der Projektionlinse des Kinematographen ein Episkotisterrad anzubringen, dass so rasch rotirt, dass es *eine* helle Bildphase etwa in 3—4 Einzelphasen zerlegt. Es wird damit thatsächlich erreicht, dass die subjektive Nachwirkung des Lichtreizes die dunkle Phase (des Bildwechsels) vollständig überdauert. Genau dieselbe Wirkung ist übrigens zu erreichen, wenn man zwischen dem Auge und dem Bilde die Hand mit weit gespreizten Fingern bewegt. Dittler (Leipzig).

452. **Die Methode der vereinigten Selbstwahrnehmung;** von Richard Baerwald. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. [I. Psychol.] XLIV. 3. p. 174. 1907.)

B. hält bei Anstellung psychologischer Untersuchungen die Einhaltung folgender methodischer Regeln für unerlässlich:

„1) Das Princip der Personenwahl. Nur an wissenschaftliche Arbeit gewöhnte Personen oder solche, die dem Veranstalter als aufmerksame Beobachter und zurückhaltende Urtheiler bekannt sind, dürfen zu einer psychologischen Enquête herangezogen werden. 2) Das Princip der Einführung. Fragen, zu deren Beantwortung irgend welche, nicht ganz populäre Beobachtungskategorien nöthig sein können, müssen aus einem Vortrag oder einer Erörterung über das betreffende Problem herauswachsen. 3) Das Princip der Zweckalternativen. Fragen, bei denen Missverständnisse oder vage Auffassung ihrer Bedeutung möglich sind, erfordern die Angabe der Hypothese, die die Antwort bestätigen oder widerlegen soll, doch müssen ihr konkurrirende Hypothesen oder Schilderungen zur Seite gestellt werden. 4) Das Princip der gegenseitigen Bestätigung. Wo die Erscheinung der die Frage gilt, nicht leicht und sicher zu beobachten ist, dürfen nur solche Bekundungen als bewiesen gelten, die von mehreren Personen, unabhängig von einander, gemacht werden oder mit anderen Aussagen im Verhältniss logischer Bedingung stehen. 5) Das Princip der Affektlosigkeit. Fragen, bei deren Beantwortung Eitelkeit, Schamgefühl, oder sonstige Affekte eine Rolle spielen, sind zu vermeiden. Ist das unmöglich, so darf man der Antwort nur dann Beachtung schenken, wenn sie sich auf ausreichende gegenseitige Bestätigung stützt. 6) Das Princip der konkreten Antworten. Die Fragestellung muss Schilderung von Einzelerfahrungen verlangen und vor Generalisationen warnen. 7) Das Princip der nachträglichen Besprechung. Persönliche Unterredungen und Correspondenzen zu dem Zwecke, die in den Antworten enthaltenen Missverständnisse und Unklarheiten zu beseitigen und hervorgetretene Analogien und Möglichkeiten auf ihre Zuverlässigkeit und Allgemeingültigkeit zu prüfen, bilden einen der wichtigsten Theile der Arbeit, die man einer Enquête widmet."
Dittler (Leipzig).

453. **Ueber Simultancontrast auf verschiedenen Sinnesgebieten (Auge, Bewegungssinn, Geschmackssinn, Tastsinn und Temperatursinn);** von Dr. Armin v. Tschermak. (Arch. f. Physiol. CXXII. 1—3. p. 98. 1908.)

Die Arbeit erhärtet den Satz, dass Simultancontrast, d. h. gegensinnige Wechselwirkung der einzelnen Mosaikelemente eines Sinnesorganes, nicht auf den Licht- und Farbensinn beschränkt ist, sondern auch auf nicht wenigen anderen Sinnesgebieten besteht. Speciell gilt dieses für den optischen Bewegung- und Grössensinn, für die Beziehung des Bewegungsinnes des Auges und des Gesammtkörpers, für den Geschmacksinn, für den haptischen Bewegung- und Grössensinn, sowie endlich für den Temperatursinn. Die *physiologische* Contrastfunktion gewinnt durch dieses verbreitete Vorkommen noch an allgemeinbiologischem Interesse, obzwar ihr dieses schon als dem Fall von gegensinniger alternativer Wechselwirkung von Gewebezellen zukommt.

Digitized by Google

Die Simultanbeziehung gewisser Componenten eines Sinnes wird ergänzt durch die Successivbeziehung, wie sie sich in Form von Nachbildern, allgemeinen Nachwirkungen in fast sämmtlichen Sinnesgebieten äussert. Beide Erscheinungen zusammengenommen, sprechen neben anderen Momenten *für* eine physiologische Zusammengehörigkeit der gegensätzlichen Componenten und *gegen* die Zulässigkeit einer begrifflichen und terminologischen Trennung derselben in Einzelsinne, z. B. *gegen* die Scheidung des Temperatursinnes in einen Kälte- und einen Wärmesinn *trotz der Trennung ihrer Aufnahmeapparate.*

Die physiologische Bedeutung des Simultancontrastes liegt auf allen Sinnesgebieten wohl in erster Linie in der Einschränkung und Begrenzung einer Reizwirkung, d. h. „in der Bewirkung einer physiologischen Stigmatik". Dittler (Leipzig).

454. **Einige Versuche über die Feinheit der Empfindung bei bewegter Tastfläche;** von Karl Kassowitz und Paul Schilder. (Arch. f. Physiol. CXXII. 1—3. p. 119. 1908.)

Im Gegensatzo zu den bisherigen Untersuchern der Feinheit des Tastsinnes an verschiedenen Körperstellen verwendeten K. u. Sch. bewegte Tastflächen. Ihre Resultate unterscheiden sich jedoch nicht in wesentlichen Punkten von den mit ruhender Tastfläche gewonnenen. Die feinste Tastempfindung fanden sie an der Zungenspitze, es folgten, nach abnehmender Feinheit des Tastsinnes geordnet, die Beere des 3. und des 5. Fingers, die Interphalangealhaut des Daumens, die Beere des Daumens, sodann in grossem Abstande die Beere der grossen Zehe, schliesslich die Sohlenhaut.

Dittler (Leipzig).

455. **Untersuchungen über die Temperatursinne;** von Dr. Sydney Alrutz. (Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorg. XLVII. 3 u. 4. p. 241. 1908.)

A. weist nach, dass bei Anwendung einer bestimmten Art von Reiz die Latenzzeit der Hitzeempfindung und der paradoxen Kälteempfindung dieselbe ist (etwa 0.745"), während die der Wärmeempfindung beträchtlich kürzer ist (etwa 0.385"). Darin erblickt er einen entscheidenden Beweis dafür, dass die Hitzeempfindung durch eine gleichzeitige Reizung der Kälte- *und* der Wärmenerven zu Stande kommt.

Hinsichtlich der Reaktionzeit der Hitzeempfindung für einen und denselben starken Hitzereiz (+ 50° C.) findet sich an den verschiedenen Stellen der Körperoberfläche ein deutlicher Unterschied. An der Wange tritt sie z. B. viel rascher ein als an den Dorsalseiten der Hände und anderen Hautstellen. Auch die Reaktionzeiten der Hitzeempfindung an ein und derselben Hautstelle zeigen bei Anwendung verschiedener Reiztemperaturen eine deutliche Verschiedenheit untereinander.

Für die Reiz*schwelle* der Hitzeempfindung an den verschiedensten Hautstellen gelten allgemein folgende 3 Gesetze: 1) Die niedrigste Reiztemperatur, die zur Auslösung der Hitzeempfindung erforderlich ist, liegt um so höher, je höher die Temperatur der Haut selbst ist. 2) Das Temperaturintervall zwischen der Hauttemperatur und der absoluten Reizschwelle für Hitzeempfindung an ein und derselben Hautstelle (= „relative Reizschwelle") nimmt einen um so geringeren Werth an, je höher die Temperatur ist, an die die betroffene Hautstelle adaptirt ist. 3) Die relative Reizschwelle hat bei einer und derselben Hauttemperatur verschiedene Werthe auf verschiedenen Hautstellen und Hautbezirken.

Was die Temperaturempfindlichkeit der Mundhöhle und der Lippen betrifft, so wurde festgestellt, dass reine *Wärme*empfindungen nur an 2 Stellen (Lippe, Lippenschleimhaut) mit Sicherheit zu erhalten sind. An den übrigen Stellen ist es schwer, überhaupt zu entscheiden, ob eine Wärmeempfindung vorhanden ist, bevor die Temperatur so hoch ist, dass *Hitze*empfindung eintritt.

Nach dem Gesagten ist es klar, dass die Hitzeempfindung zwar qualitativ von der isolirten Kälte- und der isolirten Wärmeempfindung verschieden ist, „wie sie es z. B. von einer Druck- oder einer Schmerzempfindung ist". Aber sie ist jenen beiden *ähnlich.* Sie ähnelt nur mehr der Kälte- oder der Wärmeempfindung, je nachdem die Kältenerven stärker als die Wärmenerven gereizt werden und umgekehrt. Bei einiger Uebung ist es ziemlich leicht wahrzunehmen, dass der Charakter der Hitzeempfindung auf einer und derselben Hautstelle sich mit der Intensität des Reizes ändert, und zwar geht sie (bei zunehmender Intensität) aus einer mehr der Wärmeempfindung ähnlichen Hitzeempfindung in eine solche über, bei der die Aehnlichkeit mit einer Kälteempfindung mehr und mehr hervortritt.

Es folgen einige Ausführungen über die „Aufgabe des Wärmesinnes", sowie der Hitzeempfindungen, die keine neuen Gesichtspunkte bringen. Mit einigen Bemerkungen über den „Gefühlston" der Kälte-, Wärme- und Hitzeempfindungen beschliesst A. den ersten Theil seiner Abhandlung.

Der zweite Theil bringt keine oder nur sporadische eigene Untersuchungen A.'s, sondern befasst sich mit einem Referate und einer Kritik über „die bisher angestellten Untersuchungen über Stärke, Feinheit und Empfindlichkeit der Temperatursinne", sowie über die „Topographie des Wärmesinnes vom Gesichtspunkt der Intensität aus". Bezüglich dieser Ausführungen muss ich auf die Originalarbeit verweisen.

Es werden in diesem zweiten Theile die einschlägigen Arbeiten von Weber, Goldscheider, Fechner, Nothnagel, Eulenburg, Leegaard, Thunberg u. A. besprochen und kritisirt.

Dittler (Leipzig).

Digitized by Google

456. **Psychophysische Untersuchungen über den Geschmack von Zucker und Saccharin (Saccharose und Krystallose);** von Frieda Lomberger. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 4—6. p. 293. 1908.)

Im ersten Theile der Arbeit wird festgestellt, dass die Süssempfindungen sowohl der Saccharose, wie der Krystallose näherungsweise dem psychophysischen Gesetze folgen. Wie in anderen Sinnesgebieten finden sich Abweichungen von diesem Gesetze besonders an der unteren und oberen Grenze.

Gegenstand einer zweiten Versuchsreihe war es, zu untersuchen, ob Saccharose- und Krystalloselösungen, deren Concentrationen derselben Unterschiedschwelle entpreehen, auch gleich süss schmecken. Es stellte sich heraus, dass, wenn man die Süssempfindung von o um n eben merkliche Unterschiede hatte anwachsen lassen, die Saccharoselösung bedeutend süsser schmeckte, als die entsprechende Krystalloselösung. Die Unterschiedsempfindlichkeit für die Krystallose ist also offenbar viel grösser, als diejenigen für die Saccharose. Der Unterschied ist so gross, dass beispielsweise eine Krystalloselösung der 9. Unterschiedschwelle mit einer Saccharoselösung der 6. Unterschiedschwelle als gleich süss schmeckend befunden wurde. Dittler (Leipzig).

457. **Die Accommodation im Ohre;** von Gustav Zimmermann. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 23. 1908.)

Z. wendet sieh sehr energisch gegen alle bisher als richtig auerkannten Theorien über die Funktion des Mittelohres, speciell der Gehörknöchelchenkette mit ihren beiden antagonistisch wirkenden Muskeln und macht auf Grund einfachster Ueberlegungen klar, dass Theorie und klinische Erfahrung auf diesem Gebiete übereinstimmend dazu drängen, die Funktion der Binnenmuskeln des Mittelohres *nicht* in den Wirkungen zu suchen, die sie in der Gehörknöchelchenkette selbst erzeugen, sondern in denen, die sie mittels der Kette in der Schnecke durch Steigerung des hydrostatischen Druckes im Sinne einer Dämpfung auf die Schwingungen der Basilarfasern hervorbringen. Durch das Widerspiel der beiden antagonistisch wirkenden Muskeln kann der Druck (nach Z.'s Deduktionen) sehr sicher auf das jeweilig nöthige Maass „abgetönt" werden. In der dämpfenden Wirkung der Drucksteigerung ist so mit einmal eine Schutzeinrichtung gegeben, die bei zu lautem Schalle in Aktion tritt. Da diese Dämpfung aber die tiefen Töne, die leicht länger nachklingen und stärker sind als die höheren, in erheblich weiterem Umfange betrifft als die hohen Töne, so hat diese Möglichkeit der Druckregulirung im inneren Ohre weiterhin die Bedeutung eines sehr fein abstufbaren Adaptationapparates, durch den es ermöglicht ist, das Ohr auf das für jedes Tongemisch wieder andere Optimum einzustellen. Die Zweckmässigkeit, die in der Gliederung der Gehörknöchelchenkette und ihrer hebelartigen Anordnung gelegen ist, äussert sich bei alledem nicht nur darin, dass selbst eine geringe Kraft zu grosser Leistung befähigt wird, sondern dass gleichzeitig auch erreicht ist, dass jede brüske Wirkung vermieden und der Druck mikrometrisch genau auf das Empfindlichste einzustellen ist. Eine Anschauung dafür, zu welchen Folgeerscheinungen der Ausfall der besprochenen Adaptationeinrichtung führt, giebt das Krankheitbild des als Sklerose des Mittelohres bekannten Leidens (Schwerhörigkeit, subjektive Geräuschempfindungen).

Dittler (Leipzig).

458. **Zur Physiologie der Corti'schen Membran;** von Prof. Alois Kreidl und Dr. J. Yanase. (Centr.-Bl. f. Physiol. XXI. 16. 1907.)

Bei der neugeborenen Ratte ist das Gehörorgan noch nicht ganz entwickelt. Demgemäss ist auch der sogenannte Gehörreflex nicht gleich nach der Geburt, sondern erst ca. 12—14 Tage später auslösbar.

Es liess sich nun feststellen, dass der auffallendste und, wie es den Untersuchern schien, auch einzige Unterschied, der zwischen dem anatomischen Bilde des Labyrinthes eines neugeborenen Thieres, das den Reflex eben noch nicht aufweist, und dem eines solchen, das ihn zum 1. Male erkennen lässt, der ist, dass beim ersteren noch ein Zusammenhang zwischen Corti'schem Organ und Corti'scher Membran besteht, beim letzteren dagegen dieser Zusammenhang bereits gelöst oder gelockert ist. Es liess sich allerdings nicht entscheiden, ob die aus ihrem Zusammenhange gelöste Corti'sche Membran im Leben den Haarzellen aufliegt oder frei in den Endolymphraum hineinragt. Eben so wenig liess sich ein Anhaltepunkt dafür gewinnen, ob die *Corti'sche Membran* durch das Freiwerden *ihre Funktion gewinnt* oder ob diese Loslösung Vorbedingung *für die Funktion des Corti'schen Organes* ist. Dittler (Leipzig).

459. **Die Herabsetzung der subjektiven Tonhöhe durch Steigerung der objektiven Intensität;** von J. Rich. Ewald und G. A. Jäderholm. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 1 u. 2. p. 29. 1908.)

Die allbekannte Beobachtung, dass ein *leiser* Ton im Allgemeinen höher gehört wird als ein *lauterer* Ton von derselben Schwingungzahl wurde von E. u. J. einer Nachprüfung mit äusserst scharfen Hülfsmitteln unterzogen. Sie kamen zu dem Ergebnisse, dass diese Beobachtung richtig ist und dass das Höhenintervall zwischen laut und leise gehörtem Ton (derselben Schwingungzahl!) bis zu einem Viertel Ton betragen kann. E. u. J. nehmen Veranlassung, darauf hinzuweisen, dass diese Thatsache mit der *Resonatorentheorie* schlechterdings unvereinbar sei, von der *Schallbildertheorie* dagegen direkt gefordert werde. Dittler (Leipzig).

460. **Die Anlage der Zwischenniere bei den Urodelen;** von Max Albrandt. (Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwickelungsgesch. LXXII. 2. p. 353. 1908.)

A. hat den Aufbau der Frühstadien der Zwischenniere bei den Urodelen vor Allem darum untersucht, um die Entstehungsgeschichte der Rinde der Nebenniere zu klären. Er fand dabei, dass die Zwischenniere bei Axelotl-Larven von etwa 10 mm Länge durch Wucherung am Coelomepithel des Leibeshöhlendaches zu Seiten des Mesenterialabganges medialwärts von einer Linie entsteht, die den medialen Umfang der Vorniere, der Urniere und der Keimleiste verbindet. Die einzelnen Zwischennierenknospen treten unregelmässig auf, wobei von einer metameren Gliederung keine Spur besteht, und erfüllen endlich den gesammten Raum von der Vorniere bis zur Cloake. Später lösen sich die Anlagen ab, wobei die Knospen, die dabei eine gerundete Form annehmen, von dem Plattenepithel der Leibeshöhlenauskleidung überwachsen werden. Die abgelösten Knospen gerathen so in die unmittelbare Nachbarschaft des Urnierenblastems, mit dem sie nie eine Verbindung erkennen lassen.

G. F. Nicolai (Berlin).

461. **Beiträge zur Theorie der Harnabsonderung;** von Prof. W. Lindemann in Kiew. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 u. 3. p. 196. 1908.)

L. macht auf die Unzulänglichkeit aller zu diesem viel erörterten Gegenstande aufgestellten Hypothesen aufmerksam und kommt zu folgender Anschauung:

„Die Harnabsonderung beginnt durch das Auftreten von Tonoplasten im Protoplasma der Epithelzelle der gewundenen Kanälchen, welche durch Ansammeln concentrirter Lösungen der harnfähigen Substanzen zu ansehnlichen Vacuolen werden, wobei auch eine Veränderung der chemischen Zusammensetzung der Tonoplastensubstanz selbst wahrscheinlich ist. Solche Vacuolen, deren Hülle die veränderten Tonoplasten bilden, werden dann durch contraktile Thätigkeit des bestimmt angeordneten Protoplasmas (Basalstrichelung) durch den cuticularen Bürstensaum durchgepresst, wobei die aus der veränderten Tonoplastensubstanz bestehende Hülle meistens abgestreift wird. (Nur bei sehr stürmischer Diurese, also unter pathologischen Bedingungen, kann es dazu kommen, dass die Hülle beibehalten wird, wobei der Bürstensaum berstet. Dann finden wir das Lumen des Kanälchens mit einzelnen einander anliegenden grossen Blasen erfüllt, was auch Herr Nowaczek bei der Salzdiurese und Herr Wiwegradoff bei der Wasserdiurese beobachtet haben.) Die auf diese Weise in das Lumen ergossene Flüssigkeit findet nun in der Richtung der Nierenpapille einen Widerstand, welcher aus dem Capillarwiderstande der langen Ableitungsröhren und zweitens aus dem Gewebedrucke der Zwischenschicht sich zusammensetzt. In der Richtung der Nierenkapsel ist dieser Widerstand viel geringer, weil erstens die Röhrchen um Vieles kürzer sind und das umgebende Gewebe nachgiebiger. Deswegen muss der Inhalt in erster Reihe die Glomerularkapseln anfüllen, in denen er aber von dem Blutstrome nur durch eine semipermeabele Membran abgegrenzt ist. Es müssen sich also sofort ergiebige Diffusionserscheinungen einstellen, welche um so schneller ablaufen, je grösser die durch die Glomeruli fliessende Blutmenge ist. Sie dauern solange, bis die osmotische Spannung des Inhaltes derjenigen des Blutes gleich wird. Dadurch wird aber die Menge des Inhaltes und dessen Druck auf die Wandungen so gross, dass er den Widerstand der unterhalb der gewundenen Kanälchen liegenden Abschnitte überwindet und deren Inhalt herauspresst. Besteht dieser Inhalt aus wasserreicheren Lösungen, als die im Glomerulus entstandene, dem Blute isotonische Lösung ist, so kann der Harn auch hypotonisch werden. Da bei der grossen Menge des durchströmenden Blutes die osmotische Ausgleichung sich sehr schnell einstellen muss, so ist es leicht verständlich, dass der Kanälcheninhalt nur unter besonders günstigen Bedingungen in den Glomeruli angetroffen wird. Wird aber die osmotische Spannung derjenigen des Blutes gleich, so wird damit ein Gleichgewicht erreicht, wobei die Glomerularknpseln und die Kanälchen ad maximum erweitert erscheinen. In diesem Zustande finden wir auch die meisten Abschnitte einer funktionirenden Niere. Da aber der Gewebedruck im halbflussigen Medium auf das Gebiet mit abgeklungener Sekretionsthätigkeit von den benachbarten Theilen her fortgepflanzt wird, so werden die gefüllten Abschnitte nach und nach wieder zusammengepresst und es werden auf diese Weise die Anfangsstadien wiederhergestellt. In diesem Bilde ist nur noch eines hineinzufügen, nämlich die Abwesenheit nicht nur der Resorption, sondern auch jeglicher osmotischer Erscheinungen in dem secernirenden Gebiete des Nierenlabyrinthes, was aus der Unabhängigkeit der Harnzusammensetzung von dem Gegendrucke zu folgern ist. In dieser Hinsicht ist die Annahme von Köppe recht plausibel, der die Existenz einer lipoiden Schicht am Bürsteusaume für möglich hält, wofür auch z. B. die Vertheilung der Lipoidsubstanzen in der Katzenniere sprechen würde. Das Wesentliche in der Harnbereitung ist also die sekretorische Protoplasmafunktion, welche aber im Gegensatze zu den anderen Drüsen hypertonische Sekrete liefert, wodurch für Eingreifen osmotischer Kräfte die Moglichkeit gegeben wird, welche als treibende Kraft bei der Exkretion dienen und das osmotische Gleichgewicht im Organismus aufrecht erhalten."

Dippe.

462. **Zur Theorie der Harnabsonderung;** von Dr. Schlayer. (Arch. f. Physiol. CXX. 6 u. 9. p. 359. 1907.)

Die Niere mit Uran vergifteter Thiere zeigt gegenüber anderen erkrankten Nieren die Besonderheit, dass zwar auf eine Coffeingabe hin eine Steigerung der Sekretion eintritt, bei Infusion hypo- oder hypertonischer Kochsalzlösung, die, wie zu erwarten, eine Erweiterung der Nierengefässe zur Folge hat, wird die Sekretion jedoch meist vollständig gehemmt. Diese Erscheinung giebt Schl. Veranlassung, die Unhaltbarkeit der sogenannten Filtrationtheorie darzulegen. Da bei der Uranniere trotz der stärkeren Durchblutung der Nierengefässe nach NaCl-Injektion die Sekretion bis auf 0 absinkt, so muss zur Erklärung der Nierenthätigkeit nach Schl.'s Ansicht unbedingt auf ein elektives Sekretionvermögen der einzelnen Drüsenzelle rekurrirt werden. Die Thatsache, dass durch Coffein gleichwohl eine gesteigerte Sekretion zu erhalten ist, zwingt Schl. zu der Annahme einer Schädigung der Glomerulusepithelien, die sich darin äussert, dass diese auf gewisse Sekretionreize (NaCl) nicht mehr anzusprechen vermögen, auf andere dagegen in der gewohnten Weise reagiren.

Anatomisch hat sich diese Annahme bis jetzt nicht belegen lassen, da an den Glomerulusepithelien

nachweisbare Veränderungen fehlen. Die Uranniere zeigt nur einen weit vorgeschrittenen Zerfall der Tubulusepithelien. Dittler (Leipzig).

463. **Beiträge zur Lehre von der Diurese.** *XIV. Bemerkungen zur Theorie der Nierensekretion;* von Dr. Joh. Bieberfeld. (Arch. f. Physiol. CXXI. 5 u. 6. p. 265. 1908.)

B. verthoidigt, vor Allem gegenüber E. Frey in Jena, seine früher schon vertretene Auffassung, dass die Glomerulusmembran sich im Ruhezustande in einem physikalischen und chemischen Gleichgewichtzustande mit dem Blute befindet. Sobald nun das Blut in seiner Zusammensetzung eine auch noch so geringe Aenderung erfährt, wird, nach B., dieses Gleichgewicht gestört und es dringt das überschüssige („harnfähige") Material „in die Glomerulusmembran hinein". *Aber es durchdringt diese nicht.* In Folge ihrer chemischen Struktur soll die Membran nur dem Wasser und eventuell auch noch, aber langsamer, dem Kochsalze den Durchtritt gestatten. Alle anderen gelösten Bestandtheile sollen dort „chemisch temporär festgelegt" werden, später aber von dem vorbeifliessenden Bluto gelöst, fortgeschwemmt und erst in den Tubulis contortis definitiv ausgeschieden werden. Dittler (Leipzig).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

464. **Sur les opsonines et les antiphagines dans l'infection pneumococcique;** par N. Tchistovitsch et V. Joureviteh. (Ann. do l'Inst. Pasteur XXII. 7. p. 611. 1908.)

Teh. und J. untersuchten den Opsoningehalt des Blutes mit Pneumokokken vorbehandelter Hunde nach Wright's Methodo. Sie erhielten erst Phagocystose gegenüber virulenten Pneumokokken, wenn letztere auf das Sorgfältigste gewaschen waren, woraus sie auf das Vorhandensein von Stoffen in den Pneumokokkenkulturen schliessen, die die Phagocytose verhindern. In Kulturen von Staphylokokken und Typhusbacillen sind solche Stoffe nicht enthalten. Teh. und J. nennen diese supponirten Stoffe „Antiphagine".
Walz (Stuttgart).

465. **Sur l'action bactéricide de l'extrait leucocytaire des lapins et des cobayes;** par C. V. Korschun. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 7. p. 586. 1908.)

Während Kaninchenleukocytenextrakte stark baktericid gegenüber Typhusbacillen wirken, ist die Wirkung des Extraktes von Meerschweinchenleukocyten äusserst gering. Erst bei $^1/_2$stündiger Einwirkung von 80—85° wird die baktericide Wirkung völlig aufgehoben. Complemente für Typhusamboceptoren sind in diesen Extrakten nicht vorhanden. Bei Mischung des Extraktes mit normalem Serum wird diese Mischung bei 56° inaktiv. Fügt man dem Extrakt inaktivirtes Sorum hinzu, so wird das Extrakt gleichfalls inaktivirt. Im Extrakt der Kaninchenleukocyten zerfallen Choleravibrionen in Kügelchen, jedoch nicht so rasch wie im Normalserum. Die baktericiden Substanzen der Extrakte können somit nicht mit den Alexinen identisch sein. Anderseits ist durch diese Resultate auch nicht der Beweis geliefert, dass die Alexine nicht aus den Leukocyten stammen können. Walz (Stuttgart).

466. **Phagocytosestudien;** von Dr. H. Bechhold. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 34. 1908.)

Wir wissen, dass die Leukocyten erst durch Serum zur Phagocytose befähigt werden. B. stellte fest, dass das Serum durch einzelne andere colloidale Stoffe einigermaassen ersetzt werden kann, dass aber keiner der geprüften Stoffe es an Wirksamkeit erreicht. „Die colloidale Natur allein spielt keine Rolle, denn während das dem Serum am nächsten stehende Eiereiweiss gar keine Phagocystose bewirkt, hat das bereits stark abgebaute Witte-Pepton eine bemerkbare Wirkung, das diesem nahestehende lysalbinsaure Natron ist hingegen wirkungslos. Ein wesentlicher Unterschied zwischen todton und lebendon Bakterien konnte bei diesen Versuchen nicht constatirt werdon." Als sehr auffallend erwies sich die Einwirkung der *Milchsäure,* die theils Phagocytose bewirkte, theils vorhandene steigerte. Es stimmt das mit den neuerlich sehr beachteten besonderen Wirkungen der Milchsäure im Körper überein. Dippe.

467. **Les leucocidines et hémolysines chez les anaérobies;** par Ph. Eiseuberg. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 5. p. 430. 1908.)

Werden Leukocyten, nach der Methode von Wright erhalten, in Capillaren der Wirkung von gewissen anaëroben Bakterienculturen ausgesetzt, so bemerkt man körnige Degeneration an den polynucleären Zellen. Dasselbe ist im Körper bei der Infektiou der Fall und beruht auf der Wirkung von „Leukocidinen", Produkten der Anaëroben. Zugleich lässt sich die Bildung von Hämolysinen nachweisen. Beides steht in Zusammenhang mit der Virulenz. Die Produktion vou Leukocidinen und Hämolysinen liess sich beim Vibrio septicus und Rauschbrand, nicht aber beim B. botulinus van Ermenghem, putrificus Bienstock feststellen. Walz (Stuttgart).

468. **Action des substances hémolytiques sur les protozoaires, les spirochètes et les vibrions;** par C. Levaditi et A. Rosonbaum. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 4. p. 323. 1908.)

Die durch Autolyse gewonnenen Extrakte aus mouonucleären Blutzellen (Lymphdrüsen) enthalten thermostabile hämolytische, zootoxische und spirillolytische Substanzen, während polynucleäre Leuko-

cyten, obwohl bakteriolytisch wirkend, keinerlei Wirkung auf die thierischen Zellen, die Protozoën und Spirochaeten, besitzen. Man ist genöthigt, hier mit der Thatsache zu vergleichen, dass im lebenden Körper gerade die Polynucleären es sind, die die Bakterien aufnehmen und zerstören, während die phagocytäre Zerstörung der rothen Blutkörperchen. Protozoën und Spirochaeten, speciell durch die Makrophagen geschieht (Metschnikoff). Jedenfalls darf man schliessen, dass bezüglich der Sensibilität gegenüber hämolysierenden Giften die rothen Blutkörperchen, die Protozoën und die Spirochaeten eine homogene Gruppe bilden, die sich in dieser Hinsicht mehr den Protozoën als den Bakterien nähert. Walz (Stuttgart).

469. **Ueber specifische Hämolyse durch isotonische Salzlösungen;** von Prof. v. Dungern und Dr. Coca. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 1. 1908.)

v. D. und C. untersuchten das Verhalten der rothen Blutkörperchen, verschiedener Thiere (Rind, Schwein, Kaninchen, Meerschweinchen, Katze, Hund, Ratte, Maus, Vögel, Mensch) in isotonischen Lösungen verschiedener Salze. Dabei wurde mehrfach partielle Hämolyse beobachtet; diese zeigte eine „überraschende Specifität, die vor Allem auf die Art des blutliefernden Thieres zu beziehen war, daneben aber auch eine weitgehende individuelle Variation offenbarte." — Ein Einfluss von Krankheitvorgängen auf die Empfindlichkeit des menschlichen Blutes etwa für bestimmte Salze ist nicht festzustellen gewesen. Löhlein (Leipzig).

470. **Experimentelle Untersuchungen über das Hindurchdringen der specifischen Hämolysine durch die Darmwandungen;** von Victoria D. Ceapâru. (Revista stiintzelor med. p. 544. Mai—Juni 1908.)

Die Verfasserin hat ihre Arbeit im Bukarester Laboratorium für experimentelle Medicin gemacht und ist zu folgenden Schlüssen gelangt. Die specifischen Hämolysine, die man in den Körper auf digestivem Wege einführt, können in die Cirkulation übergehen. Die näheren Bedingungen dafür konnten nicht festgestellt werden, auch erfolgte der Uebergang nur in der Mehrzahl der Fälle.

Die Folgen, die durch den Uebergang der Hämolysine durch die Darmwand hervorgerufen werden, treten in Erscheinung: 1) durch die Veränderungen des Blutes; 2) durch Veränderungen des Harnes. In den meisten Fällen konnte eine bedeutende Verminderung der rothen Blutkörperchen festgestellt werden, derart, dass z. B. die Zahl von 6400000 auf 2300000 sank. Diese Verminderung wird vom 2. Tage an beobachtet; sie erreicht ihr Maximum zwischen dem 4. und 5. Tage, dann entsteht eine energische hämoblastische Krise und das Blut nimmt wieder seine normale Zusammensetzung an.

Parallel damit wird auch ein Abfall in der Menge des Hämoglobins beobachtet, das bis auf die Hälfte absinken kann. Diese Erscheinungen wurden bei 60% der inoculirten Thiere beobachtet, und zwar sowohl bei den erwachsenen, als auch bei den jungen; in 20% der Fälle beobachtete man nur eine einfache hämoblastische Krise gegen den 7. bis 9. Tag, ohne merkliche Verminderung der Blutzellen. Diese Krise entspricht wahrscheinlich dem Uebergange einer geringen Menge von Hämolysin in den Blutkreislauf, da ihr eine deutliche Vermehrung der Blutzellenmenge folgt. Thatsächlich ist es bekannt, dass kleine Dosen von Hämolysin einen stimulirenden Einfluss haben. Endlich bei etwa 20% der Thiere war es unmöglich, irgend welche Erscheinung der Hämolyse nachzuweisen.

In der Hälfte der Fälle bei Hunden, und in einem Drittel bei Kaninchen, war der Harn blutig und die Anwesenheit des Hämoglobins konnte spektroskopisch nachgewiesen werden. Die Durchgängigkeit des Darmes für Hämolysin, falls es in hohen Dosen in den Magen eingeführt wird, ist also sicher festgestellt.

Vorhergehende Reizungen des Darmes durch subcutane Einspritzungen von Podophyllin, üben eine hemmende Wirkung auf die Resorption des hämolytischen Serums durch die Darmwand aus. Endlich wird noch hervorgehoben, dass in keinem Falle die durch die Versuche hervorgerufene Hämolyse den Tod des Thieres hervorgerufen hat.

E. Teff (Braila).

471. **Du rôle des helminthes, des larves d'helminthes et des larves d'insectes dans la transmission des microbes pathogènes;** par le Dr. Weinberg. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 6. 7. p. 417. 533. 1907.)

Es scheint, dass die Mehrzahl der Helminthen den Durchgang der Bakterien durch die Darmwand begünstigt. Gewisse Nematoden, wie Trychocephalus, Oxyuris, Sklerostoma Physatopterus und Spiropterus, die sich an der Darmwand fixiren können, impfen die Mikroben ihrer Körperoberfläche direkt ein. Andere, wie Ascaris, können wohl durch Bisse leichte Verletzungen der Schleimhaut hervorrufen. Cestoden vermögen an dem Orte, wo sie sich ansaugen, ohne in die Schleimhaut einzudringen, ebenfalls Ulcerationen hervorzurufen. Besonders sind es Insektenlarven, jedoch auch Larven von Würmern, können Bakterien in die Schleimhaut impfen, namentlich Larven der Pferdefliege, die auch beim Menschen vorkommen. W. vermuthet, dass Eingeweidewürmer auch das Krebsvirus übertragen können. Walz (Stuttgart).

472. **Zur Frage der Ausscheidung von Bakterien durch die normale Niere;** von K. von Klecki und A. Wrzosek. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 u. 3. p. 145. 1908.)

Versuche an Hunden. Dass im Blute kreisende Bakterien in aus den Harnleitern gesammeltem Harne gefunden werden können, ist sicher. Es beweist das aber durchaus nichts für die Ausscheidung durch die gesunde Niere. v. K. und W. fanden immer nur dann Bakterien im Harne, wenn dieser auch Blut enthielt, im gänzlich blutfreien

Digitized by Google

Harne niemals und schliessen daraus, dass dio völlig gesunde Niere Keime nicht hindurchlässt.

Dippe.

473. **Das Durchwandern der Dysenterieamöben durch die Darmwand;** von R. Ruge und Dr. Esau. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 2. p. 129. 1908.)

Manche leugnen die Dysenterieamöben als Krankheiterreger, andere erkennen sie an, sprechen ihnen aber die Fähigkeit ab, die Darmwand zu durchwandern. R. und E. gelang es, diese Durchwanderung mikroskopisch festzustellen. In einem chronischen Falle fanden sich die Amöben am Rande von Darmwandabscessen, im Eiter selbst nicht, also gleich wie bei Leberabscessen.

Walz (Stuttgart).

474. **Ueber das Toxin und das Antitoxin der Dysenteriebacillen;** von Dr. Ernst Schottelius. (Med. Klinik VI. 32. 1908.)

Sch. experimentirte mit dem Typus Shiga-Kruse und fand, dass diese Bacillen in schwach alkalischen Bouillonnährböden ein lösliches Toxin bilden, das Kaninchen, in die Venen oder unter die Haut gespritzt, zu 0.005—0.01 tödtet. Die Thiere sterben in 1—3 Tagen unter fortschreitenden Lähmungen. Das Gift wird durch die Gefässe verbreitet und bewirkt im Rückenmarke stets, in anderen Organen — Darm, Leber, Niere — seltener Blutungen, Nekrose, Verfettung.

Durch Behandlung von Pferden mit diesem Gifte erhielt Sch. ein sicher wirkendes Antitoxin, das zu 0.005 die Kaninchen gegen das Mehrfache der tödtlichen Giftmenge schützte. Dippe.

475. **Ueber aktive Immunisirung des Menschen gegen bacilläre Dysenterie;** von F. Lucksch. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 4. p. 365. 1907.)

L. gelang es, bei 2maliger Impfung mit dem nach der Methode von Pfeiffer und Kolle aus Flexner-Bacillen hergestellten Impfstoff eine Erhöhung des bactericiden Titres des Geimpften zu erreichen, der den der Reconvalescenten übertraf. Schädliche Wirkungen wurden nicht beobachtet. Die anderen bekannten aktiven Immunisirungsmethoden hatten den gleichen Erfolg nicht aufzuweisen. Walz (Stuttgart).

476. **Ueber die Aetiologie der Dysenterie;** von N. Abe. (Arch. f. Hyg. LXV. 2. p. 107. 1908.)

Bei einer Dysenterieepidemie in Südjapan fand A. einen Bacillus, der in jedem untersuchten Dysenteriekoth fast in Reincultur vorhanden war und sich mit Blutserum aller Dysenteriekranken agglutinirte. Er ist dem Bacillus coli communis sehr ähnlich, lässt sich aber von ihm durch die Agglutination unterscheiden, ebenso von dem Shiga'schen Dysenteriebacillus.

Woltemas (Solingen).

477. **Sur le rôle des propriétés dénitrifiantes des vibrions cholériques et cholériformes en cas d'infection des animaux par la bouche;** par J. Cheukéviteh. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 1. p. 76. 1907.)

Im Gegensatz zur Endotoxinlehre nimmt Emmerich an, dass die Erscheinungen bei Cholera auf der Denitrifikationsfähigkeit der Vibrionen beruhen, dass es sich um Umwandlung der mit der Nahrung eingeführten Nitrate in Nitrite und Vergiftung mit Nitriten handelt. Ch. bestätigt dieses. Gleiche Erscheinungen lassen sich bei Meerschweinchen mit einer Reihe weiterer denitrifieirender Vibrionen hervorrufen.

Walz (Stuttgart).

478. **Nouvelles recherches sur la toxine et l'antitoxine cholérique;** par A. Salimbeni. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXIf. 2. p. 172. 1908.)

An dem Vorhandensein eines löslichen Toxins in den Culturen von Choleravibrionen ist nicht mehr zu zweifeln. Die Natur des Toxins scheint aber je nach dem Alter der Culturen sehr zu wechseln. Injicirt man Meerschweinchen die kleinste tödtliche Giftdosis gemischt mit der gleichen oder doppelten Menge normalen Pferdeserums, so gehen die Thiere nicht ein; es lässt dieses keinen Schluss auf das Vorhandensein von Antitoxin im Pferdeserum zu. Vermuthlich wird durch das normale Serum die natürliche Resistenz gesteigert. Walz (Stuttgart).

479. **Recherches sur le sérum antirabique;** par A. Marie. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 3. p. 271. 1908.)

M. konnte durch wiederholte Injektionen einer Mischung von antirabischem Serum mit einem Ueberschuss von Gift bei Hunden Immunität von mehr als 12 Monaten Dauer erzeugen. Bei etwa 300 Personen wurde die Methode neben der Pasteur'schen versucht. Die Erfolge waren ermunternd. Walz (Stuttgart).

480. **On the preparation and use of antirabic serum and on the rabicidal properties of the serum of patients after undergoing antirabic treatment; also a note on the blood of a patient suffering from hydrophobia;** by D. Semple. (Lancet June 6. 1908.)

Durch Immunisirung von Pferden mit Virus fixe erhält man ein ausgesprochen rabicides Serum, dessen Werthigkeit durch Vermischen mit Virus fixe und Inoculation bei Kaninchen bestimmt werden kann. Bei schweren Bissen und spät zur Behandlung kommenden Kranken kann es neben der gewöhnlichen Methode zur Unterstützung in die Wunden und das umgebende Gewebe injicirt werden.

Auch im Serum so behandelter Menschen sind rabicide Substanzen nachweisbar, um so mehr, je

Digitized by Google

länger die Behandlung dauerte. Weitere Versuche zeigten, dass Blut eines wuthkranken Menschen bei subduraler Injektion Kaninchen nicht inficirte, dagegen verlängerte das in frühem Stadium entnommene Blut die Incubationzeit von subdural inficirten Kaninchen. Walz (Stuttgart).

481. **Contribution à l'étude des causes d'insuccès du traitement antirabique;** par le Dr. Pampoukis. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 5. p. 463. 1908.)

Auf Grund der Erfahrungen in 5 Fällen von Tod an Lyssa mehr als 14 Tage nach Beendigung der Behandlung, die 1901—1905 unter 2346 behandelten Personen vorkamen, räth P. zur Anwendung der gemischten Behandlung mit Serum und Virus fixe. Ferner sollen die Behandelten noch 3 Monate lang jeden Alkoholexcess und jede Erkältung peinlich vermeiden. Walz (Stuttgart).

482. **Des altérations de la glande sous-maxillaire au cours de la rage;** par W. W. Podwyssotzki. (Arch. de Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 4 et 5. p. 351. 1908.)

Die Veränderungen der Submaxillardrüsen bei wüthenden Hunden sind sehr charakteristisch. Es finden sich herdweise fettige Degeneration und Nekrose der Epithelien. Im benachbarten Bindegewebe entstehen Granulome, mitunter mit Riesenzellen; letztere finden sich auch neben Degenerationen in den Ganglien der Drüse. Negri'sche Körperchen fehlen; Mucinkörperchen können mit ihnen verwechselt werden. Walz (Stuttgart).

483. **Conservation du bacille pesteux dans le corps des punaises;** par V. Jordansky et N. Kladnitsky. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 5. p. 455. 1908.)

Pestbacillen bewahren ihre Virulenz im Körper von Wanzen 10 Tage und länger. Letztere spielen daher möglicher Weise eine Rolle bei der Uebertragung der Pest. Walz (Stuttgart).

484. **Sur la vaccination contre la peste par le tube digestif, voie gastrique et voie rectale;** par G. Fornario. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXIf. 4. p. 353. 1908.)

Durch Einführung wiederholter kleiner Dosen lebender Pestbacillen oder auf 53° $1^1/_2$ Stunden lang erhitzter Culturen mit der Nahrung können Meerschweinchen und Kaninchen immunisirt werden, so dass 2 Drittel der Thiere der tödtlichen Infektiondosis widerstehen. Noch leichter geht dieses durch rektale Einführung. Nach Bordet-Gengou's Methode lassen sich specifische Antikörper im Blute nachweisen. Der opsonische Index bleibt stets höher, als bei den Controlthieren nach virulenter Injektinn. Die Pestbacillen werden im Darmkanale fast völlig zerstört.
Walz (Stuttgart).

485. **Les modifications du foie dans la peste bubonique;** par A. N. Tcherventzeff. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 4 et 5. p. 398. 1908.)

Bei Bubonenpest finden sich schon 24 Stunden nach der Infektion Hyperämie, Leukocyteninfiltration, parenchymatöse und fettige Degeneration. Walz (Stuttgart).

486. **Zur Frage über die Aetiologie der Pellagra;** von C. v. Deckenbach. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 6. p. 507. 1907.)

Aus dem alkoholischen Extrakte der Oospora verticolloides auf Maiskorn erhielt v. D. eine grosse Menge rubinrothen Oeles, wie es Lombroso aus pellagraerzeugendem Mais erhielt. Auch andere Thatsachen sprechen dafür, dass diesem Pilze dieselbe Rolle für Pellagra zukommt, wie der Claviceps purpurea für Kribbelkrankheit und Ergotismus. Walz (Stuttgart).

487. **Neue bakteriologische Untersuchungen über die Pellagra;** von G. Tizzeni. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 4. p. 310. 1908.)

Vorläufige Mittheilung, wonach der von T. aus dem Blute, der Cerebrospinalflüssigkeit und den Organen bei schweren Pellagraformen gezüchtete Keim auch aus den Dejektionen von Kranken zu züchten ist, die an gewöhnlichen Pellagraformen leiden. Auch aus verdorbenem Mais konnte er isolirt werden. Meerschweinchen tödtet der Pilz in 30—80 Tagen. Walz (Stuttgart).

488. **On the etiology and pathological histology of Beri-Beri;** by R. T. Ifewlett and W. E. de Kerté. (Brit. med. Journ. July 27. 1907.)

H. u. K. glauben, dass die Erreger der Beri-Beri, wohl Protozoën, durch den Urin ausgeschieden werden und der Urin die Infektionquelle ist. Die Untersuchung des Urins zeigt protozoënähnliche Gebilde, mit Urin lassen sich bei Kaninchen ähnliche Veränderungen an den Nieren erzeugen, wie sie bei menschlichen Beri-Beri-Nieren sich finden, nämlich Hämorrhagien der Glomeruli und Kanälchen und Epithelablösung. Walz (Stuttgart).

489. **Sensibilisatrices spécifiques dans les sérums des animaux traités par le M. melitensis et dans le sérum des malades de fièvre méditerranéenne;** par A. Siere. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXff. 7. p. 616. 1908.)

Im Serum aktiv gegen Micrococcus melitensis immunisirter Thiere und im Serum an Maltafieber Erkrankter lassen sich durch Bordet's Complementbindungsmethode specifische Antikörper nachweisen. Sie treten ohne Beziehung zur Agglutinationfähigkeit auf. Es stimmt das überein mit den Resultaten Bordet's, Widal's und Le Sourd's bei Typhus, Depter's bei bacillärer Dysenterie. Walz (Stuttgart).

490. **Ueber Malaria.**

Zur Frage der Arteinheit des Malariaparasiten; von A. Plehn. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 30. 1907.)

Pl. theilt mit, dass bereits 4 Wochen nach einem unmittelbar nach der Rückkehr aus Westafrika durch typische Tropicaparasiten hervorgerufenen schweren Schwarzwasserfieber sich im

Digitized by Google

nordeuropäischen Herbstklima eine Febris tertiana benigna mit Parasiten entwickelt hat, die sich von denen der nordeuropäischen Malaria in keiner Weise unterschieden, runde Gameten bildeten und sich selbst im peripherischen Blute theilten. Infektion in Berlin oder frühere Mischinfektion ist auszuschliessen; der Parasit der gutartigen Tertiana kommt überhaupt kaum im tropischen Westafrika vor. P. sieht in den Parasitenformen verschiedener Gegenden nur Variationen einer einzigen Art.

Sur des régions paludéennes prétendues indemnes d'Anophélines en Algérie; par Edmond Sergent et Étienne Sorgent. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 10. p. 824. 1907.)

Kolsch hat wiederholt Argumente gegen die Anophelestheorie beigebracht, insbesondere dass in Algier Gegenden vorhanden seien, wo trotz ausgedehnter Malaria keine Anopheles vorkommen. Die Brüder S. haben an Ort und Stelle nachgewiesen, dass dem nicht so ist und das Grassi'sche Gesetz zu Recht besteht: Ohne Anopheles keine Malaria.

Malaria ohne Parasitenbefund und Parasitenbefund ohne Malaria: von Dr. Külz. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 8. p. 237. 1908.)

Die nicht seltenen Fälle von Malaria ohne Parasitenbefund und von Parasitenbefund ohne Malaria, von denen K. eine Anzahl typischer Beispiele giebt, zeigen, dass nicht ausschliesslich das Mikroskop zur Diagnostik der Malaria beigezogen werden darf. Auch bei positivem Parasitenbefund kann es sich um eine andere Krankheit, z. B. Typhus, Tuberkulose, handeln.

Contributo allo studio del sangue dei malarici. Nuovo tecnico per la ricerca dei parasiti; per S. Sereni. (Policlinico XIV. 1907.)

S. fand, dass das specifische Gewicht rother Blutkörperchen, die Malariaparasiten, gleichgültig ob junge, alte oder sporulirende, Tertiana- oder Quartanaparasiten, enthalten, vermehrt, bei Vorhandensein von Halbmonden dagegen vermindert ist. Er empfiehlt daher, um die parasitenhaltigen Formen zur bequemen Untersuchung zu erhalten, das Blut nach Zusatz einer gerinnungshemmenden Flüssigkeit zu centrifugiren.

Un cas de forme comateuse de fièvre tropicale avec issue mortelle; par N. K. Schultz. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XII. 2. p. 161. 1906.)

Beschreibung des Blutbefundes in einem klinisch nicht näher mitgetheilten Falle von schwerer komatöser Tropica mit typischen Parasitenbefunden.

Beobachtungen über die Malaria der Pferde (Piroplasmose); von P. Perucci. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLIV. 5. p. 429. 1907.)

Die in Italien auftretende Malaria, bez. Piroplasmose, der Pferde kann direkt von Pferd zu Pferd durch endovenöse Injektion übertragen werden, mit einer Incubationszeit von $5^1/_2$—$6^1/_2$ Tagen. Der Verlauf ist derselbe, wie bei der natürlichen Infektion, mit Fieber, Ikterus, Petechien und Hämoglobinurie. Walz (Stuttgart).

Malaria und Anopheles in Leipzig; von Dr. Arno Trautmann. (Arch. f. Hyg. LXVII. 2. p. 163. 1908.)

Tr. hat in der Umgegend von Leipzig, in Gegenden, in denen vor Jahren sehr häufig Malaria auftrat, einzelne Exemplare von Anopheles maculipennis, der Ueberträgerin der Malaria, gefunden. Danach ist eine gewisse Vorsicht geboten, da die Gefahr eines Wiederaufflammens der jetzt bei uns recht selten gewordenen Krankheit nicht ausgeschlossen ist. Dippe.

Zur Prophylaxe der Malaria; von H. Berger. (Therap. Monatsh. XXI. 3. p. 135. 1907.)

B. bespricht die individuelle Prophylaxe im Allgemeinen und macht besonders darauf aufmerksam, dass die Kammer eines Tropenschiffes eine feuchte Kammer im wahrsten Sinne des Wortes darstellt, in der die Anopheles trefflich gedeihen und z. B. regelmässig nach Hamburg verschleppt werden. Er empfiehlt daher, für Aufbewahrung des Gepäcks u. A. Trockenkammern auf den Schiffen im Grossen anzulegen, ferner für periodische Reinigung und Desinfektion aller Schiffsräume zu sorgen.

Die Malariabekämpfung in den Deutschen Colonien und in der Kaiserlichen Marine seit dem Jahre 1901; von R. Ruge. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XI. 22. p. 705. 1907.)

Die Erfahrungen lehren, dass keines der angewendeten Schutzmittel absolut sicheren Schutz gewährt. Vom praktischen Standpunkte aus empfiehlt es sich, die verschiedenen Mittel miteinander zu verbinden. Die guten Resultate der Koch'schen Methode lassen sich nur dann dauernd erhalten, wenn ein Arzt „ad hoc" mit dem nöthigen Personal zur Verfügung steht. Das einfachste Schutzmittel ist die Chininprophylaxe, individuell je nach Infektiongefahr und Chinintoleranz angewandt. In der Marine und den Schutztruppen hat die Zahl der Erkrankungen dadurch abgenommen. Die trotz Prophylaxe auftretenden Fälle sind milde verlaufen. Eingeborene Diener sind ebenfalls zu behandeln. Mechanischer Schutz, erst in letzter Zeit angewandt, that gute Dienste. Der Kampf gegen die Stechmücken ist in Togo mit Erfolg in grösserem Maassstabe betrieben worden.

Malaria in Greece; by A. Rose. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 15. p. 680. 1908.)

Rose berichtet über die von Cardamatis (*Ἡ Ἑλονοσία ἐν Ἑλλάδι.* Athen 1907, in Paris preisgekrönte Monographie) in Griechenland versuchte Bekämpfung der Malaria. Auf 100 Todesfälle kommen in Griechenland 4.36 Todesfälle an Malaria, in den Städten 0.09. Auf 100000 Einwohner kommen 12.8 Krankheitfälle (in Italien 4.0). In Italien mit 44 Millionen Einwohnern werden jährlich 20000 kg Chinin verbraucht, in Griechenland mit $2^1/_2$ Millionen Einwohnern 5—11000 kg. Beim Kampf gegen die Mücken hat sich das in Griechenland billige Olivenöl sehr gut bewährt, da es nicht feuergefährlich ist, nicht verdunstet und den Gebrauch des Wassers zu Haushaltungzwecken nicht verhindert.

Etudes épidémiologiques et prophylactiques du paludisme: cinquième campagne en Algérie 1906; par Edmond Sergent et Étienne Sergent. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXI. 1. 2. p. 28. 81. 1907.)

Digitized by Google

Der Kampf gegen den Paludismus in Algier wurde auch 1906, der 5. Campagne, mit Erfolg in ausgedehntem Maasse fortgesetzt. Der Jahresbericht ist an Einzelheiten sehr reich. Die Maassnahmen, besonders in Vertilgung und Schutz gegen die Mücken bestehend, sind durch zahlreiche Abbildungen erläutert.

Etudes epidémiologiques et prophylactiques du paludisme: sixième campagne en Algerie 1907; par Edmond Sergent et Etienne Sergent. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 5. p. 390. 1908.)

Aus dem Berichte über die Malariabekämpfung in Algier im Jahre 1907 geht hervor, dass die Bekämpfung mit Erfolg vorschreitet. Besonders günstig wirken durch Belehrung des Publicum die „Demonstrationsfolder", indem in einzelnen Bezirken gewisse Ländereien durch Chininisation, Schutz durch Gitter und Mückenvernichtung von Malaria befreit werden. Daneben wird eine ausserordentliche Propagauda durch öffentliche Belehrungen, Morkblätter u. s. w. getrieben.

Die Bekämpfung der Malaria; von L. Sofer. (Centr.-Bl. f. innere Med. XXVIII. 45. p. 1113. 1905.)

Nach ausgezeichneten Erfolgen des Vorgehens in der Stadt Nona wurde mit einem Aufwande von 94000 Kronen in Dalmatien eine Campagne eröffnet nach der Koch-Grassi'schen Methode. Die Mücken selbst konnten wegen lokaler Verhältnisse, da die Sümpfe zum Viehtränken u. s. w. nöthig sind, nur unvollkommen bekämpft werdon. Die Erfolge scheinen günstig zu sein; bei der grossen Schwankung der Mortalität überhaupt, ist die bemerkenswerthe Abnahme der Zahl der Sterbefälle jedoch nicht sicher beweisend. In Istrien scheiterten die Versuche an dem Widerstande der Geistlichen und Lehrer. S. verlangt Anzeigepflicht und Untersuchung der eingesandten Blutpräparato in einem staatlichen Malariainstitute.

Walz (Stuttgart).

491. **Ueber den diagnostischen Werth der Züchtung menschenpathogener und saprophytischer Staphylokokken auf blut- und serumhaltigen Agarplatten;** von Dr. C. T. Noeggerath. (Charitè-Annalen XXXII. p. 93. 1908.)

Der Werth liegt darin, dass dio pathogenen Staphylokokken als Ausdruck der Staphylolysinwirkung auf der Platte eine deutliche „Aufhellungszone" bilden, die anderen nicht Dippe.

492. **Eine Methode zur Darstellung von Pigmenten und ihrer farblosen Vorstufen mit besonderer Berücksichtigung des Augen- und Hautpigments;** von Dr. L. Schreiber und Dr. P. Schneider. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 37. 1908.)

Schr. u. Schn. haben das Silberimprägnationverfahren von Levaditi und Bertarelli sehr geeignet zur Darstellung von Pigmenton gefunden, wenn die Dauer der Versilberung auf 6—12 Tage ausgedehnt wurde und die Gewebestücke 48 Stunden und länger in der Reduktionflüssigkeit blieben. Sie kamen zu folgenden Resultaten: „1) Die chromatophoren Stromazellen dor Iris besitzen neben pigmonthaltigen Protoplasmafortsätzen noch andere farblose, deren Nachweis der üblichen Untersuchung entgeht. 2) Das Silberimprägnationverfahren gestattet es, die Differenzirung der farblosen Jugendformen der chromatophoren Stromazellen von den Mesenchymzellen der Uvea entwickelungsgeschichtlich zu verfolgeu. 3) Das albinotischo Auge zeigt weder in den Stromazellon der Uvea, noch in der sogen. Pigmontepithelschicht der Retina eine Anlage zur Pigmentbildung. 4) Die Ribbert-Schiek'sche Auffassung der schwachpigmentirten Sarkome als Jugendformen der Melanosarkomo findet durch die von uns angegebeno Methode bisher keine hinreichend sichere Bestätigung. 5) Die Langerhans'schen Zellen der Haut sind wahrscheinlich unpigmentirte Melanoblasten. 6) Die Zellen der Naevusnester zeigen keine Anlage zur Pigmentbildung." Moritz (Leipzig).

493. **Beiträge zur Frage der Fettresorption unter pathologischen Verhältnissen beim Menschen und beim Thier;** von Dr. Max Adler. (Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 3 u. 4. p. 302. 1908.)

„Durch Fettzulage von 10—60 g pro die zu einer noch unterhalb der Assimilationsgrenze stehenden Fetteinfuhrmenge worden bei Magen-Darmstörungen die Resorptionsverhältnisse gebessert, die Spaltungsbedingungen aber dafür schlechter, jo kleiner die Zulage wird. Durch Alkalien (Karlsbader Mühlbrunnen) wird bei Magen-Darmstörungen die Spaltung der Fette günstig beeinflusst. Der erkrankte Darm spaltet bei gleichen Zufuhrmengen von gebratenem Speck resp. geschmolzenor Butter mehr Neutralfette als bei rohem Speck. Bei Diarrhöen wird, wie Thierversuche ergeben, durch Pankreon die Resorption sowohl als auch die Spaltung der Fette günstig beeinflusst, wenn letztere in der Form von geschmolzener Butter gereicht werden. Was die Pankreonmenge anlangt, so ergeben sich die besten Verhältnisse, wenn auf ca. 100 g Fett 0.5 g Pankreon gerechnet werden.

Dippe.

494. **Einfluss einzelner Lichtarten auf den Verlauf der Entzündung;** von Dr. P. V. Jezierski. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1. p. 74. 1908.)

Blaues und rothes Licht wirken recht verschieden. Blaues Licht wirkt ähnlich wie diffuses Tageslicht und beeinflusst namentlich die Leukocyten (regt sie zu lebhafter Theilung an), sehr viel weniger die Erythrocyten und die Epidermiszellen. Rothes Licht wirkt weniger auf die Leukocyten. Es erregt eine starke Anfüllung der Gefässe mit Austritt von Serum und dadurch bedingter besserer Ernährung der Gewebe. Es vermehrt die Regene-

Digitized by Google

rationskraft der Epidermiszellen und befördert eine glatte, narbenfreie Ausheilung oberflächlicher Wunden. Dippe.

495. **Ueber die anatomischen Wirkungen der Röntgenstrahlen auf den Hoden;** von Prof. G. Horxheimer und Dr. K. F. Hoffmann. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36. 1908.)

H. u. H. kommen auf Grund von Versuchen an Kaninchenhoden zu folgenden Schlusssätzen: „Röntgenstrahlen schädigen zunächst die höchstdifferenzirten Bestandtheile des Hodens, die Samenzellen. Zuerst werden, wie sich erschliessen lässt, die Spermatiden angegriffen, sodann, wie sich direkt wahrnehmen lässt, die Spermatocyten und Spermatogonien. Während sofort die Spermiogenese stillsteht, geht zunächst die Spermatogenese noch vor sich. Sodann erlischt auch diese vollständig, die den Röntgenstrahlen gegenüber direkt sehr widerstandsfähigen Samenfäden verschwinden (beim Fehlen des Ersatzes) allmählich vollständig, ebenso die Spermatiden, die Spermatocyten auch fast ganz, während einige Spermatogonien bei der von uns gewählten Versuchsanordnung noch stets erhalten blieben. An Stelle der zu Grunde gegangenen Samenzellen tritt eine hochgradige Wucherung der Sertolischen Fusszellen ein, die Folge des trotzdem eintretenden Collapses der Samenkanälchen ist eine raumfüllende Wucherung des Zwischengewebes, besonders der für den Hoden typischen Zwischenzellen. Nach einiger Zeit geht von den erhaltenen Spermatogonien eine Regeneration aus, welche weit vollkommener ist als gewöhnlich angenommen wird, und zur völligen Ausbildung der verschiedenen Samenzellen wieder führt, gipfelnd in der Neubildung von Samenfäden. Diese Thatsache ist auch praktisch von grosser Wichtigkeit."

Moritz (Leipzig).

496. **Fremdkörper im Organismus. Einheilung;** von Dr. H. v. Baeyer. (Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. 1908.)

Eine gross angelegte, mit 18 Tafeln ausgestattete experimentelle Arbeit aus der v. Angerer'schen Klinik. Die Arbeit eignet sich nicht zu einem kürzeren Referate; wir führen aus der Zusammenfassung einige besonders wichtige Sätze an.

„Unter Einheilung eines Fremdkörpers im Organismus versteht man diejenigen Vorgänge, die durch Einverleibung des Fremdkörpers hervorgerufen worden, und die nicht zu seiner Ausstossung führen. Die Gesammtheit der mit dem Organismus in lebendigem Zusammenhang stehenden Neubildungen um einen Fremdkörper bezeichnet man als Kapsel. Die Reaktion von Seiten des Organismus ist im Grossen und Ganzen vom Gewicht eines Fremdkörpers unabhängig. Weiche Fremdkörper, z. B. Paraffin, werden durchwachsen, harte eingekapselt. Befindet sich ein Fremdkörper gegen seine Umgebung in Bewegung, so resultirt meist eine flüssigkeitshaltige Cyste. Bei chemisch stark differenten Fremdkörpern besteht die eigentliche Kapsel aus 2 Schichten: nach aussen gegen die gesunde Umgebung die Orthohülle, gegen die Fremdkörper hin die Metahülle; zwischen der Kapsel und dem Fremdkörper liegt eine eiterähnliche Füllmasse oder Parahülle."

P. Wagner (Leipzig).

497. **Einpflanzungen von embroynalem Gewebe in's Gehirn;** von Dr. G. Del Conte. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLII. 1. p. 193. 1908.)

Bei Einpflanzung verschiedener Gewebearten des Hundeembryos in das Gehirn älterer Hunde zeigte sich, dass nur Hypophyse, Knorpel und Hautbindegewebe sich erhielten, bez. wucherten; alle anderen Gewebe gingen unter wahrscheinlich in Folge einer antagonistischen Wirkung der Hirnzellenelemente oder wegen der Gefässarmuth des Centrum ovale. Versé (Leipzig).

498. **Verbrennungserscheinungen am Epithel. Scheinbare Anaplasie von Krebszellen;** von Dr. Karl Holzapfel in Kiel. (Ztschr. f. Gebnrtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 276. 1908.)

C. Gebhard beschrieb in seiner „Pathol. Anatomie dor weibl. Sexualorgane" eigenthümliche „Carcinomzellen, die völlig ihre epitheliale Natur verloren haben und sich in ihrer Gestalt den Bindegewebezellen nähern. Die Zellen erscheinen dann langgestreckt, spindelförmig oder wellig gestaltet, man findet sie sowohl im Innern von Alveolen, als auch an der freien Oberfläche von Krebsgeschwülsten; die Längsachse der Zellen verläuft dann in der Regel senkrecht zur Oberfläche in die Tiefe, bez. ist sie nach dem Centrum der Alveole hin gerichtet".

H. stellte nun bei seinen Untersuchungen fest, dass sich diese eigenartigen Zellen immer dort vorfanden, wo vor der Ausrottung des Organs das Carcinom mit dem Glüheisen verschorft worden war. Er konnte diese Atypie auch künstlich am exstirpirten lebensfrischen Organe durch nachträgliche Verschorfung erzeugen.

An hohem Cylinderepithel hat H. übrigens diese Zusammenpressung und Streckung auch gesehen, ohne dass eine Hitzewirkung vorlag. Beim Plattenepithel aber und bei krebsig veränderten Drüsen fanden sich die beschriebenen schweren Zellveränderungen *nur* als Verbrennungserscheinungen.

H. giebt zum Vergleich die Abbildung aus Gebhard's Lehrbuch und daneben das Bild eines eigenen Präparats.

Arth. Heffmann (Darmstadt).

499. **Zur Entstehung primärer Carcinome;** von Dr. O. Wyss. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIII. 6. 1908.)

Die Auffassung W.'s über die *Entstehung primärer Carcinome* geht dahin, dass die Carcinom-

Digitized by Google

zellen sich aus den Epithelzellen entwickeln. Die Epithelzellen nehmen von vornherein eine Sonderstellung ein im Sinne eines mehr selbständigen Lebens als es andere Zellen des Körpers haben. Beweise einer solchen Sonderstellung sieht W. in der Möglichkeit der Transplantation, in der Fortexistenz unter abnormen Verhältnissen, wo die Zellen sich nur aus Gewebeflüssigkeit ernähren. Wird die Ernährung mangelhaft, so können die Zellen im Laufe von Zellgenerationen ihre Ernährungsweise modificiren und sich den veränderten Verhältnissen anpassen. Es findet eine langsame Züchtung von Zellen statt, so dass aus den ursprünglichen Epithelzellen Zellen werden, die sich in anderer Weise ernähren, sich schliesslich nicht nur auf die sie umgebende Flüssigkeit beschränken, sondern auch Bindegewebe und andere Zellen zerstören und so zu dem parasitären Wachsthum gelangen, das der Carcinomzelle eigen ist.

P. Wagner (Leipzig).

500. **Observations on the inoculability of tumors and on the endemic occurence of cancer;** by Dr. Leo Loeb. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. Nr. 1. 1908.)

Die wichtigsten Resultate der modernen experimentellen Tumorforschung sind nach L. die folgenden: Das endemische Vorkommen von Krebs bei Thieren (z. B. bei Kühen einer Farm) beruht auf hereditären Einflüssen. Bei Transplantationen von Tumortheilen auf das mit dem primären Tumor behaftete Thier ist das Wachsthum augenscheinlich besser als bei Uebertragungen auf gesunde Thiere. Ueberpflanzt man einen Tumor auf Mäuse mit einem Spontantumor, der dem transplantirten ähnlich ist, so wächst dieser ebenfalls besser. Die Inoculationsfähigkeit eines Tumors hängt nicht direkt ab von seiner Wachsthumenergie: gerade langsam wachsende Geschwülste geben oft die meisten Chancen. Die Virulenz eines Tumor kann im Laufe fortgesetzter Transplantationen abnehmen; der Originaltumor wächst langsamer als der transplantirte. Diese Steigerung der Wachsthumfähigkeit, die ihren höchsten Grad in der zweiten Generation erreicht, ist vielleicht eine Folge des operativen Eingriffs. So kann man auch das Wachsthum anregen durch Einführung eines Seidenfadens oder durch Zerschneiden des Tumor. Es spielt hierbei weniger die bessere Blutversorgung des Tumor eine Rolle als der direkt auf die Geschwulst ausgeübte Reiz. Durch physikalische und chemische Einwirkungen kann die Tumorzelle sehr geschädigt und in ihrer Proliferationfähigkeit sehr herabgesetzt werden. Aus alle dem geht nach L.'s Ansicht hervor, dass die Zellen der malignen Geschwülste den Reiz, der die Proliferation auslöst, in sich tragen, so dass er auch bei der Transplantation mit überpflanzt wird. Bei den transitorischen Tumoren, als deren Prototyp er das Corpus luteum hinstellt, dauert dagegen das Wachsthum nur so lange, als der Reiz anhält; darnach bilden sie sich zurück.

Versé (Leipzig).

501. **Weitere Untersuchungen über die antitryptische Kraft des menschlichen Blutserums, insbesondere bei Krebskranken;** von L. Brieger und Joh. Trebing. (Berl. klin. Wchnsehr. XLV. 28. 1908.)

Br. u. Tr. haben ihre Entdeckung von der Vermehrung der Hemmungskörper bei Krebskranken weiter verfolgt und sind zu der Ueberzeugung gekommen, dass diese eine Theilerscheinung der allgemeinen Kachexie ist, also etwas Specifisches für bösartige Geschwülste nicht hat.

Sehr auffallend ist es, dass die Hemmungskraft des Blutes wieder heruntergeht, wenn man dem Kranken Pankreatin eingiebt.

Dippe.

502. **Valore dell' esame istologico dei liquidi ascitici nella diagnosi delle neoplasie peritoneali;** per il Dott. G. Marini e M. Fiorini, Bologna. (Rif. med. XXIV. 1. p. 1. 1908.)

In 4 Fällen von sekundärem *Carcinoma* peritonaei wurde die *ascitische Flüssigkeit* mikroskopisch untersucht. Es fanden sich zwei Zelltypen, die einen Zellen waren 30—60 μ gross, die anderen etwas kleiner, ungefähr von der Grösse der peritonäalen Endothelien. Die Zellen hatten als gemeinsame Characteristica ein dichtes, granulirtes, besonders an der Peripherie sehr leicht tingirbares Protoplasma, das sehr dazu neigte, knospenartige Vorsprünge auszusenden, ferner einen verhältnissmässig grossen, rundlichen oder nierenförmigen Kern mit leicht färbbarem Reticulum und grossem Nucleolus. Zuweilen sind Theilungserscheinungen zu beobachten. — An zahlreichen *sonstigen* peritonäalen Exsudaten wurde festgestellt, dass die darin enthaltenen Zellen in der Grösse von 11—25 μ schwanken, dass das Protoplasma homogen ist, dass der Kern immer klein bleibt und sich nicht besonders gut färbt, dass der Nucleolus nur selten sichtbar ist. Theilungserscheinungen sind *nie* zu sehen.

Die oben beschriebenen Zellen sind nur nachzuweisen, wenn das *Peritonaeum* carcinomatös ist, und fehlten z. B. in einem Falle von Magencarcinom mit Lebermetastasen *ohne* Betheiligung des Peritonaeum. Sie sollen besonders werthvoll zur frühzeitigen Diagnose sein.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

503. **Zur Pathologie der Uterussarkome;** von Dr. Robert Meyer. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLII. 1. p. 85. 1908.)

In dieser interessanten Arbeit sucht M. vor allen Dingen klarzulegen, dass es sich bei dem Myoma sarcomatodes nicht um eine Umwandlung fertigen Myomgewebes in Sarkom handelt, sondern dass diese Geschwülste hervorgehen aus unreifen Zellformen, die je nach dem Grade der Proliferation mehr Sarkomzellen oder mehr Myomzellen bilden. In Folge dessen ist die Zusammensetzung des einzelnen Tumor oft sehr verschieden; auch zwischen den Myomen und den Sarkomen bestehen fliessende Uebergänge, indem je nach den Umständen die unreifen Gewebekeime sich zu einem Myom, einem muskelzelligen oder einem spindelzelligen Sarkom entwickeln. Die seltenen reinen malignen Leiomyome stehen auf der Grenze zwischen Myom und

Sarkom. Sie sind ausgezeichnet durch ihren Reichthum an Zellen, die meist den einfachen Muskelzellen sehr ähnlich, aber doch nicht ganz ausgereift sind, wie der Mangel an Myogliafibrillen beweist, und ihr infiltrirendes Wachsthum; nur unter ganz besonders günstigen Verhältnissen metastasiren sie. Histologisch braucht also die in Wirklichkeit vorhandene biologische Malignität gar nicht besonders hervorzutreten, und es ist falsch, die Strukturveränderungen des proliferirenden Gewebes „als Maassstab für die histologische Malignität" anzusehen; sie sind bei den muskelzelligen Myomen rein degenerativer Natur. M. nimmt mit Recht an, dass bei allen Geschwülsten, die metastasiren, oder auch bei destruirendem Wachsthum verschleppter Theile angeblich normalen Gewebes (Thyreoidea, Chorion) die Zellen eine biologische Aenderung erfahren haben müssen.

Von den muskelzelligen Sarkomen sind solche zu unterscheiden, die aus dem bindegewebigen Antheil gewöhnlicher Myomo hervorgehen. Ein „Pseudoalveolarsarkom" war in einem Falle dadurch zu Stande gekommen, dass ein Sarkom in ein Myom einwuchs. Ausser einem echten Alveolarsarkom beschreibt M. noch ein Lipomyosarcoma intramurale, das mit einem Adenoliposarcoma polyposum vergesellschaftet war; beido Tumoren trennten nur die Schleimhaut und eine dünne Muskellage. Ihre Entstehung führt M. auf eine embryonale Störung zurück. Versé (Leipzig).

504. **Die capillären Gallengänge in den Neubildungen der Leber;** von Prof. V. Babesch in Bukarest. (România med. 6 u. 7. p. 128. 1908.)

In ähnlicher Weise wie bei der Regenerirung des Leberparenchyms in Fällen von Cirrhose, kann auch bei Leberneoplasmen die Bildung capillarer Gallengänge aus den Trabekeln beobachtet worden. Auch hier bilden sie sich durch Kanalisirung der Trabekel und durch Bildung von eosinophilen Verlängerungen, dio anfangs solid, später kanalisirt erscheinen und Verbindungen zwischen Blut- und Lebercapillaren darstellen. Bei gewissen Neubildungen kann man die Bildung von feinsten Gallengängen auch im Inneren der Riesenzellen beobachten. E. Toff (Braila).

505. **Zur Genese der Lebercirrhose;** von Prof. H. Ribbert. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39. 1908.)

R. fasst den Inhalt seiner Ausführungen selbst in folgendem Satze zusammen: „Die ungleichmässige Zerstörung des Lebergewebes bei der Cirrhose lässt sich daraus erklären, dass das aus dem ganzen Darmkanal oder aus seinen einzelnen Abschnitteu (oder aus der Milz odor dom Pankreas) stammendo toxinhaltige Blut der Leber durch dio Pfortader getrennt zufliesst und deshalb das Gewebe nicht überall, sondern nur in gewissen schmaleren oder breiteren, gestreckteren oder vielfach verzweigten Bahnen schädigt und vernichtet."

Moritz (Leipzig).

506. **Ueber Cysten im Nierenmark;** von Dr. H. Beitzke. (Charité-Ann. XXXII. p. 285. 1908.)

4 Fälle, die dafür sprechen, dass zwischen einzelnen Cysten in der Niere und „Cystennieren" nur ein gradueller Unterschied besteht und dass es sich dabei um Entwickelungsstörungen handelt. Natürlich können auch auf andere Weise, z. B. durch entzündliche Vorgänge Nierencysten entstehen; die Auffassung der Cysten als Geschwülste ist nicht berechtigt. Dippe.

507. **Betrachtungen über die Nierenfunktion, unter normalen und pathologischen Verhältnissen** *unter Berücksichtigung der Formeln von v. Korányi und v. Claude und Balthazard;* von F. A. Steensma. (Ztschr. f. klin. Med. LXV. 3 u. 4. p. 317. 1908.)

St. geht den Anschauungen und der Formel v. Korányi's kritisch zu Leibe und hält beide für falsch oder mindestens für unbewiesen. Die Annahme einer einfachen Filtration in den Glomerulis steht mit zu Vielem im Widerspruch. Die Formel von Claude und Balthazard besagt lediglich, dass bei Niereninsufficienz die Absonderung der festen Stoffe herabgesetzt ist und dass die Herabsetzung den Harnstoff stärker betrifft als das Kochsalz. Das ist nichts Neues. Dippe.

508. **Ueber die Beziehungen der Schrumpfniere zur Herzhypertrophie vom pathologisch-anatomischen Standpunkte;** von Dr. Leonhard Jores. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 1. 1908.)

J. führt aus, dass und weshalb die Herzhypertrophie nicht ohne Weiteres auf die Vorgänge und Veränderungen in den Nieren zurückgeführt werden kann. Es ist schon sehr auffallend, wie verschieden stark die Herzhypertrophie bei den verschiedenen Arten der Schrumpfniere ist. Wirklich ausgeprägt ist sie nur bei der primären Schrumpfniere. Aber auch hier tritt sie so frühzeitig und so unabhängig von dem Grade der Nierenschrumpfung auf, dass man sie nicht einfach mechanisch erklären kann, sondern annehmen muss, dass das noch unbekannte Ding, was die Schrumpfniere bewirkt, von vornherein auch eine andauernde Blutdrucksteigerung hervorruft. Dippe.

509. **Neuer experimenteller Beitrag zur Entstehung der Cystitis cystica;** von Dr. R. Giani. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLII. 1. p. 1. 1908.)

Nach Abkratzen des Harnblasenepithels beim Kaninchen tritt bei der Regeneration der Schleimhaut in einem gewissen Stadium dor Zustand der sogen. Cystitis cystica ein. Es schnüren sich näm-

lich Epithelknospen von der oberen Decke gegen die tieferen Schichten hin ab, wachsen eine Zeit lang weiter und unterliegen dann einer Art von Involution, indem die centralen Theile nekrotisch werden und zerfallen. So entstehen kleine cystische Hohlräume, die durch Flüssigkeitaufnahme grösser werden und schliesslich in die Blase durchbrechen. Allmählich gleicht sich auch die noch übrig gebliebene Eindellung aus; die Cyste ist verschwunden. Diese cystische Umwandlung der Epithelnester tritt unabhängig von der ersten Ursache auf, die zu ihrer Entstehung geführt hat. Versé (Leipzig).

510. **Zur Histologie der Ependymitis granularis;** von Dr. S. Saltykow. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLII. 1. p. 115. 1908.)

Bei der Untersuchung von 175 Gehirnen zeigte sich, dass die Ependymgranulationen, die sogar beim Neugeborenen nicht fehlten, mit zunehmendem Alter immer häufiger wurden; am ausgesprochensten fanden sie sich bei der progressiven Paralyse. Sie setzten sich meist zusammen aus einem zahlreiche ovale Nuclei enthaltenden und von dicken oft hyalin umgewandelten Gliafasern gebildeten „Kern" und einer aus lockerem, zellenarmem Gliagewebe bestehenden „Hülle". In ihrem Centrum ist stets ein grösseres oder kleineres, mitunter obliterirtes Blutgefäss zu beobachten. An ihrer Oberfläche geht das Ependymepithel oft durch Atrophie zu Grunde; die in den Knötchen gelegentlich vorkommenden Epithelschläuche sind Nebenbefunde und aus Verwachsungen zweier Granula oder aus Einfaltungen der Oberfläche u. s. w. hervorgegangen. S. fasst die Ependymitis granularis als eine echte chronisch verlaufende Entzündung des Gliagewebes auf, die wahrscheinlich die Folge einer Cirkulationstörung ist. Versé (Leipzig).

511. **Ueber die Natur der toxischen Gicht;** von Dr. Julius Kóssa. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 1—3. p. 113. 1908.)

Es ist schon seit Jahren bekannt, dass durch Einspritzung von chromsaurem Kalium bei Hühnern Uratablagerungen in den verschiedensten Organen, also ein Zustand, der der genuinen Gicht des Menschen sehr ähnlich ist, herbeigeführt werden kann. Eine Reihe anderer Gifte, wie Oxalsäure, Carbol, Sublimat, Zuckerstoffe und Aloin zeigen dieselbe Wirkung.

K. hat nun an Hühnern, bei denen er durch Aloininjektionen eine toxische Gicht erzeugt hatte, festgestellt, dass der Grund der Harnsäureablagerungen im Thierkörper *nicht auf eine Harnsäureretention* zurückzuführen ist, da die Harnsäureausscheidung bei den von ihm untersuchten Hühnern durchgehends (bis zu 216%) erhöht war. Im selben Verhältnisse wie die Menge der Harnsäure zeigten sich sämmtliche N-haltigen Bestandtheile des Harnes vermehrt.

K. hat durch besondere Untersuchungen nachgewiesen, dass die genannte enorme Steigerung der Stickstoffausscheidung *nicht* etwa durch einen abnorm gesteigerten *Zerfall weisser* (und auch rother) *Blutkörperchen* bedingt ist, was ja an sich nicht so fern gelegen hätte. Höchst auffallend ist es auch, dass auch in Fällen der ausgesprochensten Vogelgicht nicht die geringste Vermehrung der Harnsäure im Blute nachzuweisen war.

Zum Nachweis der Urate im getrennt vom Koth (Anus praeternaturalis!) aufgefangenen Urin bediente sich K. einer eigenen Methode: Die in concentrirter H_2SO_4 gelöste Harnsäure wurde mit 90% Alkohol (quantitativ!) ausgefällt.

Bei Kaninchen und Hunden gelang es K. nicht, auf entsprechende Weise eine toxische Gicht zu erzeugen. Dittler (Leipzig).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

512. **Ueber den Wirkungsmechanismus von Arsenpräparaten auf Trypanosomen im thierischen Organismus;** von Martin Jacoby und Albert Schütze. (Biochem. Ztschr. XII. 1 u. 2. p. 193. 1908.)

Die mit Nagana-Trypanosomen angestellten Versuche ergaben, dass eine Aufnahme von Trypanosomen in die Leukocyten nicht stattfindet, auch nicht unter dem Einflusse von Arsenpräparaten. Die Arsenwirkung bei der Trypanosomiasis beruht wahrscheinlich einerseits auf einer direkten Vernichtung der Trypanosomen durch grössere Arsenmengen, andererseits auf einer Beeinflussung der natürlichen Schutzkräfte des Körpers.
Isaac (Wiesbaden).

513. **Ueber die Behandlung der experimentellen Nagana mit Mischungen von Atoxyl und Thioglykolsäure;** von Prof. E. Friedberger. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38. 1908.)

„1) Das Atoxyl, dem in vitro eine trypanosomentödtende Fähigkeit nicht zukommt, gewinnt sie durch Zusatz eines reducirenden Mittels, der Thioglykolsäure. 2) Die trypanicide Fähigkeit einer Mischung von Atoxyl und 1—2proc. Thioglykolsäure ana nimmt bei längerem Stehen zu. 3) Die frisch bereitete Mischung ist für Mäuse ungiftig; bei längerem Stehen nimmt sie steigende, giftige Eigenschaften an. 4) Es gelingt, mit der erwähnten Mischung mit Nagana inficirte Mäuse, selbst wenn sie schon mehrere Tage Trypanosomen im Blute beherbergten, von den Parasiten zu befreien, doch empfiehlt es sich, mit Rücksicht auf die hohe Giftigkeit älterer Mischungen, bei der Behandlung mehr als 2—3 Tage alte Mischungen nicht zu benutzen. Die Resultate, die bei der experimentellen Nagana mit der Atoxyl-Thioglykolsäure sich er-

ziolen lasseu, dürfteu es rechtfertigen, auch bei der meuschlichen Schlafkrankheit und eventuell bei der Lues diese Mischung zu versuchen."

Moritz (Leipzig).

514. **Recherches sur le traitement des trypanosomiases;** par A. Laveran et A. Thiroux. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 2. p. 97. 1908.)

L. u. Th. erhielten bei mit Trypanosomen inficirten Meerschweinchen durch gemischte Behandlung mit Atoxyl und Quecksilbersalzen nur mässige Erfolge (3 Heilungen auf 12 Infektioneu). Immerhin waren die Resultate noch besser, als mit Atoxyl allein, mit dem überhaupt keine Hoilung erzielt wurde. Die Resultate mit arseniger Säure waren sehr wechselnd. Präventive Wirkung wurde mit letzterer nicht erzielt. Die besten Resultate gab der wechselnde Gebrauch von Atoxyl und Arsentrisulfat (colloidale Lösung subcutan oder Orpiment in Pillen, 1—4 Pillen je 4 mg in 5 Dosen alle 2 bis 5 Tage), wobei von 7 Meerschweinchen 7 geheilt wurden. Die Methode sollte jedenfalls am Menschen versucht werden. Walz (Stuttgart).

515. **Sehstörungen nach Atoxyl-Anwendung;** von Dr. E. Herford. (Charité-Ann. XXXII. p. 440. 1908.)

H. führt neue Fälle als Beleg dafür an, dass eine Atoxylschädigung der Augen prognostisch einfach hoffnungslos ist. Es ist doch grosse Vorsicht geboten. Man sollte auf die ersteu Störungen des Allgemeinbefindens und der Augen sehr viel sorgfältiger achten, als es bisher oft geschehen ist, man sollte Leuten, die jemals ein inneres Augenleiden gehabt haben, überhaupt kein Atoxyl geben und man sollte mit der Einzeldosis (nicht über 0.5) und der Gesammtdosis (nicht über etwa 7.0 pro Kur) sehr vorsichtig sein. Dippe.

516. **Biochemische Untersuchungen über die p-Jodphenylarsinsäure;** von Ferdinand Blumenthal und Friedrich Hershmann. (Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 248. 1908.)

Bl. u. H. substituirten die Amidogruppe des Atoxyls durch Jod. 0.1 g des Natriumsalzes des so erhaltenen Körpers, der p-Jodphenylarsinsäure, konnte Kaninchen subcutan oder intravenös injicirt werden, ohne dass Krankheiterscheinungen auftraten, während 0.2 g bereits den Tod herbeiführten. Hunde sind noch empfindlicher. Im Körper findet keine Jodabspaltung aus dem Präparate statt. Nach der Injektieu von Jodatoxyl sind in Nieren und Leber geringe Mengen Jod nachweisbar.

Isaac (Wiesbaden).

517. **Jodpräparate.**

1) *Das neue Jodpräparat Sajodin;* von Dr. E. Schwarz. (Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 13. 1908.)

2) *Sull'uso del nuovo preparato di iodio: la sajodina;* del Prof. Giovani Galli. (Gazz. degli Osped. Nr. 63. 1907.)

3) *La sajodina nella terapia delle affezioni sifilitiche;* del Dr. Pietro Benassi. (Ibid. Nr. 26. 1908.)

4) *Ein Beitrag zur therapeutischen Bedeutung des Jodipin-Merck;* von Dr. Carmelo Lucretti. (Gaz. med. Siciliana Nr. 13. 1908.)

5) *The importance of jodipin in the treatment of arteriosclerosis;* by Dr. Friedrich Kalmus. (Folia therap. July 1908.)

6) *Ueber Jodipinanwendung in Form von Tabletten;* von Dr. Alois Weissmann. (Wien. klin. Rundschau Nr. 33. 1908.)

7) *L'uso delle Jotione nella pratica dermosifilopatica;* del Prof. G. Mazza, Modena. (Gaz. med. Lombarda Nr. 1. 1908.)

8) *Percutane Jodbehandlung der Ohrsklerose;* von Dr. Kaplan. (La province méd. Nr. 22. 1908.)

9) *Della peritonite tubercolare coll'uso dell'jotione;* del Dr. Guiseppo Sofre e Luigi Marenduzzo. (Il risveglio med. d'Abruzzo e Molise Nr. 46. 1908.)

10) *Die Anwendung von Jod in Form von „Jodglidine" in der Therapie der Erkrankungen der Athmungsorgane;* von Dr. Schütte. (Fortschr. d. Med. XXVI. 27. 1908.)

11) *Jodglidin in der Luestherapie;* von Dr. Theodor Mayor in Berlin. (Therap. Monatsh. XXII. 1908.)

Die Arbeiten 1—9 enthalten nichts Neues. Vom *Sajodin* wird die gute Bekömmlichkeit und die sichere Wirkung gerühmt. Das *Jodipin,* das den besonderen Vorzug hat, sich zu Einspritzungen unter die Haut zu eignen, soll auch innerlich gegeben gut und angenehm wirken. Die von *E. Merck* in den Handel gebrachten Tabletten zu 0.5 g enthalten 0.065 g Jodkalium. Man giebt 3mal täglich 2—4 Tabletten. Vom *Jothion* ist sicher festgestellt, dass es in 20—25proc. Salbe in die Haut eingerieben eine kräftige Jodwirkung hervorruft.

Ganz besonders warm empfohlen wird das *Jodglidin,* das neben seinem Jodgehalte auch noch anregend, Appetit und Verdauung befördernd wirken soll. Schütte (10) sah sehr gute Erfolge bei Struma, bei Asthma, Bronchitis, Lungeninfiltraten, Pleuritis und ebenso wie Mayer (11) bei den verschiedenen Formen von Lues. Man giebt 4 bis 6 Tabletten täglich. Dippe.

518. **Jodkalitherapie bei Eiterungen der Nasennebenhöhlen;** von Dr. H. Hempel. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39. 1908.)

H. berichtet über sehr gute Erfolge. Wahrscheinlich wirkt das Jodkalium durch die Anregung einer reichlichen dünnen Absonderung. Es sollte stets versucht werden, ehe man sich zu einem chirurgischen Eingriffe entschliesst. Dippe.

519. **Ueber Sabromin, ein neues Brompräparat;** von Dr. J. v. Mering in Halle a. d. S. (Med. Klinik IV. 38. 1908.)

Sabromin ist dibrombehensaurer Kalk, also die dem Sajodin entsprechende Bromverbindung. Es enthält ca. 30% Brom. Dosis 1—2 g ungefähr 1 Stunde nach dem Essen, 2—3mal täglich. Die Wirkung tritt nicht so rasch ein, wie die der Bromalkalien, ist aber andauernder. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Moritz (Leipzig).

Digitized by Google

520. **Sabromin, ein neues Brompräparat;** von Dr. S. Kalischer. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 40. 1908.)

Sabromin entspricht dem Sajodin. Es ist das Calciumsalz der Di-Brom-Behensäure und enthält etwa 29.5% Brom. Es kommt in Tabletten zu 0.5 in den Handel, ist angenehm zu nehmen, wird gut vertragen und eignet sich der langsamen Aufnahme und Verarbeitung wegen für alle Fälle, in denen man dem Körper lange Zeit Brom zuführen will. 1 g Sabromin entspricht etwa 1—2 g der Bromalkalien und 10 g Bromipin. Man giebt 3 bis 6 Tabletten pro Tag, mehr scheint auch bei schwerer Epilepsie nicht nöthig zu sein. Bei Schlaflosigkeit gab K. mit gutem Erfolge 2—3 Tabletten zwischen 5—6 Uhr und falls es nöthig war, nach dem Abendbrote noch 1—2. Dippe.

521. **Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Broms auf die Magensaftsekretion;** von Dr. Togami. (Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. 1908.)

Im Gegensatze zum Jod lähmt Brom die Magendrüsen, ohne dass verher eine Reizung eintritt. Am stärksten tritt der sekretionlähmende Einfluss beim Bromnatrium, sowie bei der wässerigen Bromlösung hervor, während Bromeiweisspräparate schwächer und nicht so regelmässig wirken.

Isaac (Wiesbaden).

522. **Ueber die Wirkung subcutan einverleibten Adrenalins;** von Dr. Johannes Emmert. (Virchow's Arch. CXCIV. 1. p. 114. 1908.)

„Längere Zeit mit mittleren Gaben von Adrenalin behandelte Mäuse magern ab und sterben schliesslich unter denselben Erscheinungen wie die akut vergifteten Thiere. Manche Mäuse vertragen von Anfang an die sonst tödtliche Dosis. Durch Verabreichung mittlerer Gaben kann die Widerstandsfähigkeit gegen hohe Dosen gesteigert werden. Die chronische Vergiftung mit Adrenalin scheint theils entwickelungshemmend, theils direkt tödtlich auf die Embryonen zu wirken.

Unter den Erscheinungen der akuten Vergiftung sind bemerkenswerth: Lähmung der Hinterbeine und des Schwanzes, Exophthalmus, Verlagerung der Linse. Die verlagerte Linse wird als milchfarbiger Körper sichtbar, eine mikroskopiche Untersuchung solcher Augen wäre noch zu machen.

In der Niere chronisch vergifteter Mäuse zeigt das Parenchym degenerative Veränderungen, daran kann sich Cystenbildung anschliessen. Das Bindegewebe vermehrt sich diffus und bei intensiv behandelten Thieren auch herdförmig. Diese Herde sind compakt und keilförmig von Gestalt, ihre Basis sitzt lateral, sie erstrecken sich gegen die Papille zu."

Dippe.

523. **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Medikamente auf die Gallensekretion;** von Dr. A. P. Winogradow. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 313. 1908.)

Salicylsäure vermehrt die Gallenabsonderung erheblich und macht die Galle flüssiger. *Provencröl* vermehrt wie alle Fette, wie aber Fleisch auch, die Menge der Galle, wirkt aber unzuverlässig und gering. Sein Nutzen bei Gallenkoliken beruht vielleicht auf dem direkten Uebergange des Oeles vom Darme in die Galle durch die Lymphbahnen. Das neuerdings empfohlene *Eunatrol*, Oleinsäuren mit Natron, ist nichts werth. *Galle* vom Magen aus eingeführt vermehrt die Menge der Galle ohne ihre Zusammensetzung zu beeinflussen. Aehnliches gilt von dem nicht sehr kräftig wirkenden *Oragal*. Es verdünnt die Galle nicht und vermehrt ihren Cholestearingehalt, was bei Steinbildung gewiss nicht gut ist. *Karlsbader Wasser* endlich *vermindert* die Menge der Galle, macht diese aber dünnflüssiger.

Dippe.

524. **Ein neues Phosphorleberthranöl;** von Dr. Hugo Korte. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41. 1908.)

Das neue Präparat heisst „Phosrhachit" [sehr schön!] und kommt in Flaschen 0.01 Phosphor zu 100.0 (Preis 1 Mark) auf den Markt. Durch geeigneten Zusatz sind Gleichmässigkeit und Dauer des Phosphorgehaltes gesichert. Dippe.

525. **Ueber die Wirkung der Saponinsubstanzen;** von Leonhard Wacker. (Biochem. Ztschr. XII. 1 u. 2. p. 8. 1908.)

W. studirte die gastrischen und intestinalen Wirkungen des Saponins und benutzte zu den Versuchen ein aus Quillajasäure und Sapotoxin bestehendes Präparat. Bei Versuchen an Pawlow'schen Hunden, denen 0.5 g Saponin in den Magen gebracht wurde, zeigte sich ein deutlich anregender Einfluss auf die Thätigkeit der Magendrüsen, ein geringerer auf die Pankreassaftsekretion. Während bei stomachalor, selbst längere Zeit fortgesetzter Einverleibung des Präparates ausser geringer Albuminurie sich keinerlei Vergiftungserscheinungen bemerkbar machten, veranlasste die intravenöse Injektion, wahrscheinlich in Folge intravitaler Hämolyse, den Tod der Versuchsthiere.

Isaac (Wiesbaden).

526. **Effect of strychnine on muscular work;** by P. C. Varrier-Jones. (Journ. of Physiol. XXXVI. 6. p. 435. 1908.)

Strychnin, das in Dosen von 1.8—4.2 mg verabreicht wurde, hatte eine initiale Wirkung, die in einer Steigerung der Fähigkeit, Muskelarbeit zu leisten, besteht und in etwa ½ Stunde ihr Maximum erreicht, sowie eine cumulative Wirkung, die in einer bedeutenden Herabsetzung der Fähigkeit, Muskelarbeit zu leisten, besteht. Es wird gezeigt, wie diese doppelte Wirkung sich im menschlichen Ergogramm äussert, und wie sie von verschiedenen Bedingungen des jeweiligen Körperzustandes

abhängig ist. Des Weiteren wird versucht, die gesammte Wirkung des Strychnins als eine Wirkung nur auf das Rückenmark zu erklären.

G. F. Nicolai (Berlin).

527. **Ueber die Wirkung von Cocain und Stovain auf die Nervenfaser;** von C. G. Santesson. (Skand. Arch. f. Physiol. XXI. 1. p. 35. 1908.)

Durch lokale Behandlung mit Cocain- oder Stovainlösung verliert der Nerv seine Leitungsfähigkeit in ganz kurzer Zeit; Morphium dagegen beeinflusst den Nerven bei lokaler Applikation nur sehr wenig. Da nun die beiden Lokalanästhetica Cocain und Stovain, wie mikroskopisch nachgewiesen wurde, „in einer besonderen Beziehung zu Bestandtheilen der Nervenscheiden stehen", so liegt die Annahme nahe, dass eben durch diese Beziehung ihr Eindringen durch die Nervenscheiden, sowie das Auftreten ihrer specifischen Wirkung auf das Leitungsvermögen der Nervenfaser gegenüber der des Morphiums wesentlich begünstigt wird.

Dittler (Leipzig).

528. **The chloroform balance.** *A new form of apparatus for the measured delivery of chloroform vapour;* by A. D. Waller. (Proceed. of the physiol. Soc. Febr. 22. 1908. Journ. of Physiol. XXXVII. 1.)

W. beschreibt eine „Chloroformwage" mit deren Hülfe man den Procentgehalt der Chloroformdämpfe leicht und dauernd bestimmen könne, eine Wage, bei der ein hohles Glasgefäss von 450 ccm Inhalt durch ein Contregewicht equilibrirt ist, hängt in einem fest verschliessbaren gläsernen Wagekasten von etwa 30 Litern Inhalt. Durch den Wagekasten strömt die mit Chloroform gemischte Luft. Je chloroformreicher diese ist, um so schwerer ist sie auch, und um so höher steigt dementsprechend die durch das Glasgefäss beschwerte Seite der Wage. Man kann diese dann empirisch graduirten und kann auf diese Weise während der Chloroformnarkose dauernd und in genauester Weise den Chloroformgehalt des Gemisches ablesen.

G. F. Nicolai (Berlin).

529. **Ueber das Verhalten des chromaffinen Gewebes bei der Narkose;** von N. Sehur und J. Wiesel. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 8. 1908.)

Die Narkose führt beim Kaninchen zu einer Abnahme der Chromirbarkeit der Marksubstanz der Nebennieren, die sich bei längerer Dauer der Einwirkung bis zu völligem Schwund der chromirbaren Substanz steigert. Gleichzeitig verlieren die Extrakte solcher Nebennieren die Fähigkeit, Mydriasis am Froschauge hervorzurufen. Diese Thatsachen sprechen für das Vorschwinden des Adrenalins aus den chromaffinen Zellen; Sch u. W. nehmen eine vermehrte Abgabe des Adrenalins an das Blut an, da Serum von Narkosekaninchen mydriatisch wirkt, normales Kaninchenserum nicht. — Die Zellen gewinnen ihre Chromirbarkeit und ihre anderen Eigenschaften wieder.

Löhlein (Leipzig).

530. **Experimentelle Untersuchungen über Veränderungen der Nissl'schen Granula bei der Lumbalanästhesie;** von Dr. E. Wossidlo. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. 1908.)

Nach den Untersuchungen W.'s sind die Nissl-Schollen in der Ganglienzelle abgelagerte Produkte, die nur durch eine normale Funktion in typischer Weise erzeugt werden können. Es entstehen bei der Lumbalanästhesie histologisch nachweisbare Veränderungen in den Ganglienzellen. Diese sind aber nur von ganz kurzer Dauer und schwinden so vollkommen, dass man von einer Schädigung nicht sprechen darf. Demnach besteht vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus kein Grund, vor der Anwendung der Lumbalanästhesie zu warnen. Als bestes Lumbalanästheticum ist das Tropacocain zu empfehlen.

P. Wagner (Leipzig).

531. **Experimentelle Studien über die Wirkung des Alkohols;** von Prof. L. Haškovec. (Časopis lékařu českých. p. 717. 1908.)

Versuche mit subcutan und per os (Magensonde) eingeführten grossen und kleinen Aethyl-Alkoholdosen bei Hunden ergaben, dass die Pulsverlangsamung eine Folge der Reizung des centralen und peripheren Vagusapparates ist, und die Herabsetzung des Blutdrucks und die Arhythmie durch direkte Schädigung des Herzens verursacht werden. Kleine Alkoholdosen kräftigen die Herzaktion und steigern den Blutdruck, sind daher als Herzstimulans zu empfehlen. In Verbindung mit Schilddrüsenextrakt steigert der Alkohol die depressorische Wirkung des letzteren auf den Blutdruck. — Bei akutem und chronischem Alkoholismus, bei dem Chloralhydrat nicht vertragen wird, leistet die Chloralase gute Dienste, da sie den Blutdruck nur unbedeutend herabsetzt.

G. Mühlstein (Prag).

532. **Chemische Untersuchungen über das Wesen der Alkoholtoleranz;** von Josef Pringsheim. (Biochem. Ztschr. XII. 1 u. 2. p. 143. 1908.)

Die umfangreichen Versuche ergaben, dass an Alkohol gewöhnte sowie nicht gewöhnte Thiere (Kaninchen, Ratten) die gleiche Menge Alkohol durch die Nieren, die Lungen und die Haut ausscheiden, während der Koth alkoholfrei bleibt. Beide scheiden ferner gleich viel an Glykuronsäure gebundenen Alkohol im Harn aus, während die an Schwefelsäure gebundene Alkoholmenge im Harne mit der Gewöhnung eine Steigerung zu erfahren scheint. Die an Alkohol gewöhnten Thiere verbrennen den Alkohol schneller als nicht gewöhnte — in etwa $^2/_3$ der Zeit, die die nicht gewöhnten Thiere brauchen. Bei der akuten Alkoholvergiftung

erreicht der Alkoholprocentgehalt des Körpers bei den nicht gewöhnten Thieren höhere Werthe — etwa 66% mehr — als bei den gewöhnten. Die Verbrennung des Alkohols findet bei den nicht gewöhnten Thieren im Wesentlichen in der Leber statt, bei den gewöhnten ebenfalls am Stärksten in der Leber, fast ebenso stark im Herzmuskel, weniger intensiv im Gehirn. Demnach ergiebt sich, dass die Gewöhnung an Alkohol wenigstens zu einem grossen Theile auf einer schnelleren Oxydation des Giftes durch den Körper beruht.

Isaac (Wiesbaden).

533. **Lysoform als Desinficiens;** von Dr. S. J. Zlatogerow. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 31. 1908.)

Bei 37° C. ist Lysoform ein gutes Desinficiens, bei 15° ist seine Wirkung ziemlich gering, aber z. B. gegen Cholera und Typhus immer noch ausreichend. Vorzüge des Lysoform sind die geringe Giftigkeit, der niedrige Preis und der angenehme Geruch.

Dippe.

534. **Morbicid, ein neues Desinfektionsmittel;** von Dr. H. Töpfer. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 35. 1908.)

Ein neues Formaldehydpräparat, das trotz geringen Formaldehydgehaltes vortrefflich wirkt. An Desinfektionswerth steht es dem Formalin etwa gleich, ist dem Lysoform um das Doppelte bis Dreifache überlegen. Es wirkt erheblich weniger giftig und ätzend als Formalin, hat einen schwachen, angenehmen Geruch und dürfte sich z. B. besonders zur Wäschedesinfektion eignen. Tuberkulöse Wäsche wird durch eine 1proc. Lösung in 12, durch eine 2proc. in 8 Stunden vollkommen ungefährlich gemacht.

Dippe.

535. **Expériences sur le pouvoir désinfectant d'un mélange composé d'essence de térébenthine, d'acide phénique, de naphtaline et d'éther sulfurique (essence de térébenthine d'Oukraïna);** par E. S. Gribinouk. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 4 u. 5. p. 470. 1908.)

G. empfiehlt für die Desinfektionspraxis und zur Wundbehandlung die von ihm angegebene, in 1proc. Lösung anzuwendende Essenz, die zusammengesetzt ist aus krystallisirter Carbolsäure 2.0, Naphtalin roh 5.0, Schwefeläther 25.0, Terpentinessenz 100.0. Die Wirkung der Mischung ist stärker, als diejenige der einzelnen Bestandtheile. Choleravibrienen werden schon nach 1 Minute, Typhusbacillen nach 20 Minuten, Staphylococcus albus nach 50 Minuten getödtet.

Walz (Stuttgart).

536. **Der Werth der Silbersalze in der Therapie der Gonorrhöe;** von Dr. Bukovský. (Časopis lékařu českých. Nr. 26—27. 1907.)

In Berührung mit lebendem thierischen Gewebe spaltet sich das Silbersalz; das Silber wird durch das Gewebeeiweiss gefällt, während die andere Componente in die Tiefe dringt und eine Coagulation des Gewebes hervorruft Bringt man ein Silbersalz auf eine Schleimhaut, so wird der grösste Theil des Silbers im Epithel zurückgehalten und gebunden, während die Hauptwirkung der anderen Componente zufällt. — Die Wirkung der Silbersalze ist um so stärker, je mehr man ihre Berührung mit Harneiter oder Schleim verhütet.

G. Mühlstein (Prag).

537. **Das Santyl-Knoll bei der Behandlung der Blennorrhöe;** von Dr. G. Nicolescu. (Revista sanitara milit. IX. 3—4. p. 144. 1907.)

N. wendet bei akuter Blennorrhöe keine Lokalbehandlung an, bevor nicht die entzündlichen Erscheinungen geschwunden sind. Deren Dauer wird aber erheblich abgekürzt, falls man den Kranken Santyl einnehmen lässt, so dass also auch der Krankheitprocess im Allgemeinen auf diese Weise eine erhebliche Verkürzung erfährt. Des Weiteren konnte N. feststellen, dass das Santyl in kurzer Zeit den Ausfluss versiegen macht, ohne aber die Krankheit vollkommen zu heilen, so dass man sich nicht verleiten lassen soll, den Kranken als geheilt zu betrachten, da kleine Excesse in Bacche oder Venere genügen, um die Sekretion wieder auftreten zu lassen. Vielmehr muss in genauer Weise auch lokal behandelt und den Patienten ein diätetisches Verhalten vorgeschrieben werden.

Das Santyl vermindert die Schmerzen beim Harnlassen und die schmerzhaften Erektionen, was eine Folge der von ihm ausgeübten entzündungwidrigen Wirkung ist. Es wird vom Verdauungstraktus gut vertragen, ruft kein Aufstossen und kein Sodbrennen hervor, auch keine Nierenreizung oder Gefühl von Schwere im Rücken.

E. Teff (Braila).

538. **Ueber Tropfendosirung und ihre physikalischen Grundlagen;** von Dr. Theodor Lohnstein. (Therap. Monatsh. XXII. 8. 1908.)

Die zur Zeit übliche Tropfendosirung ist recht mangelhaft. L. weist ihre Fehler nach und stellt Regeln für eine Verbesserung auf. Seine Tabellen weichen von den gebräuchlichen recht sehr ab.

„Tropfengewichte von Lösungen fester und gasförmiger Stoffe unterscheiden sich in den Concentrationen, in denen sie in der Medicin gewöhnlich zur Verwendung gelangen, so wenig von den Tropfengewichten der Lösungsmittel, dass man für die Zwecke der ärztlichen Praxis unbedenklich beide einander gleichsetzen darf. Das gilt z. B. für die Lösungen aller Alkaloidsalze. Je nachdem man daher Morphin. hydrochl. in Aqua destillata oder in Aqua Amygdalarum amararum verabreicht, wird man der Dosirung die sich zueinander wie 2:1 verhaltenden Tropfenwerthe des Wassers oder des Bittermandelwassers zu Grunde legen müssen.

Die Tropfengewichte von Mischungen zweier Flüssigkeiten liegen zwischen den Tropfengewichten der beiden Componenten; doch ist das resultirende Tropfengewicht in weit stärkerem Grade durch die Flüssigkeit mit kleinerem Tropfengewicht beeinflusst, als es dem Gewichtsantheil dieser entspricht. Diesen Umstand hat man besonders bei alkoholischen und ätherischen Flüssigkeiten zu berücksichtigen."

Dippe.

539. **Ueber die Missstände in der Heilmittelproduktion unter besonderer Berücksichtigung der Pyrenolfrage;** von Prof. Erich Harnack in Halle. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36. 1908.)

H. erläutert an einigen Beispielen (Pyrenol, Eglatol u. A.) das Gebahren vieler Arzneimittelfabrikanten, das im Wesentlichen darin besteht, dass ganz verschiedenartige Mittel nach Gutdünken zusammengemischt, diese Gemische dann unter geschützten Namen zu ungeheuerlichen Preisen auf den Markt gebracht werden und dass durch Anpreisungen mit unbestimmten und falschen Angaben über Zusammensetzung und Eigenschaften der Mittel versucht wird, die Aerzte irrezuführen. Zur Abhülfe verlangt H. die Einrichtung einer staatlichen Prüfungsstelle und eine Aenderung der Patentgesetze in dem Sinne, dass der Namenschutz für Arzneimittel nur ertheilt werde, wenn der Nachweis geführt ist, dass es sich nicht um ein Gemenge handelt und nur, wenn auch das Herstellungsverfahren patentfähig ist. Ausserdem ist aber auch von den Aerzten grössere Zurückhaltung bei der Publikation anscheinend günstiger Wirkungen zu fordern.

Moritz (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

540. **Ueber den Bechterew'schen „Beugereflex der Zehen";** von Dr. M. P. Nikitin. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36. 1908.)

N. nimmt die Priorität der Entdeckung des in Deutschland zuerst von K. Mendel beschriebenen Zehenbeugereflexes für Bechterew in Anspruch. Bei 35 Kranken mit spastischen Lähmungen fand N. den Beugeroflex 24mal, 20mal gleichzeitig mit dem Babinski'schen Reflex. In 9 Fällen war der Babinski'sche Reflex vorhanden, während der Beugereflex fehlte. 6mal war letzterer einseitig vorhanden. Moritz (Leipzig).

541. **Ueber die Genese der Corpora amylacea des Centralnervensystems;** von Takakazu Nambu aus Tokio. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 1. 1908.)

N. gelangte zu der Ansicht, dass die Corpora amylacea Abkömmlinge degenerirter Gliakerne sind. Er verwandte die Weigert'sche Gliafärbung und fand damit fliessende Uebergänge zwischen beiden Gebilden.

Moritz (Leipzig).

542. **Beziehungen zwischen angeborenen Muskeldefekten, infantilem Kernschwund und Dystrophia muscularis progressiva infantilis;** von Prof. Ziehen in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 34. 1908.)

Unter der Bezeichnung des infantilen Kernschwundes (Möbius) werden 2 anatomisch verschiedene und auch klinisch meist unterscheidbare Krankheitgruppen durcheinander geworfen: angeborene atrophische Lähmungen oder Defekte und auf angeborener Grundlage beruhende erworbene Lähmungen. Das differentialdiagnostische Merkmal, das aber — wie Z. selbst zugiebt — gelegentlich versagt, ist der progressive Verlauf in den Fällen der zweiten Gruppe. In beiden Gruppen unterscheidet Z. je 2 Unterabtheilungen: nucleäre und primär myopathische Lähmungen oder Defekte. In der Gruppe der erworbenen entspricht der nucleären Form die infantile progressive Bulbärparalyse, der primär myopathischen der Hoffmann'sche Typus der Dystrophia muscularis progressiva. Die Unterscheidung zwischen „nucleär" und „primär myopathisch" stützt sich auf elektrisches Verhalten der Muskeln und Vorhandensein fibrillärer Zuckungen, ist aber auch nicht immer sicher.

Moritz (Leipzig).

543. **L'origine naso-pharyngienne de la chorée;** par Leopold de Ponthière, Charleroi. (Arch. de Laryngol. XXVI. 4. p. 75. 1908.)

Da die Choren der Kinder sehr häufig rheumatischen Ursprunges ist, der Rheumatismus seinerseits durch kranke Gaumenmandeln und adenoide Vegetationen hervorgerufen und unterhalten wird, so plädirt P. unbedingt für Entfernung der kranken Gebilde, weil protrahirte Choreafälle hierdurch sofort zur Heilung geführt werden.

Hochheim (Halle a. d. S.).

544. **Ueber ophthalmoplegische Migräne;** von Dr. J. Sil. (Sborník klinický VIII. p. 357. 1908.)

Zur Erklärung des beschriebenen Falles reicht keine der gangbaren Theorien der ophthalmoplegischen Migräne aus. Die mit Erbrechen einhergehenden Anfälle von Kopfschmerzen waren begleitet von einer incompleten Lähmung des rechten N. oculomotorius (Ptosis, Rectus internus, superior, inferior), einer completen Lähmung des rechten N. abducens und hypoglossus. Ausserdem bestanden Hyperästhesie im Bereiche des rechten N. trigeminus und Pupillenenge. G. Mühlstein (Prag).

545. **Ueber Hirnerkrankungen mit tödtlichem Ausgang ohne anatomischen Befund;** von H. Hoehhaus. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39. 1908.)

7 Fälle. Meist hatte man eine Gehirnblutung erwartet. Da sich 5mal Erkrankungen der Cirkulationsorgane — Arteriosklerose und Klappenfehler — fanden, erklärt sich H. die Mehrzahl der Fälle mit Kreislaufstörungen in umschriebenen Hirnpartien. Für einen Fall, in dem Paraplegie der Arme und Beine und Jakson'sche Krämpfe bestanden, die Sektion aber nur eine kleine Blutung in der Nähe der inneren Kapsel ergab, nimmt H. eine durch die Blutung bewirkte reflektorische Entstehung der Herderscheinungen an. Die näher liegende Erklärung durch eine Urämie verwirft H., obgleich der Urinbefund auf eine Nephritis schliessen liess. Moritz (Leipzig).

Digitized by Google

546. **Anatomische Befunde bei Epilepsie nach Trauma;** von Prof. Dr. Tilmann. (Med. Klinik IV. 38. 1908.)

T. berichtet über 7 Fälle von Epilepsie nach Kopftraumen, in denen durch Trepanation die Anfälle beseitigt wurden. Meist fanden sich Narben und Verwachsungen der Hirnhäute. Zwischen Trauma und erstem Anfall lagen 3 Monate bis 30 Jahre. Am schnellsten treten die Anfälle auf, wenn in der motorischen Region die Hirnrinde selbst verletzt und mit der Pia verwachsen ist. Bei Verwachsungen zwischen Pia und Dura und bei Verletzungen, die den Centralwindungen fernliegen, kann es Jahrzehnte bis zur Entwickelung der Epilepsie dauern. T. ist in jedem Falle, in dem ein Kopftrauma vorausgegangen ist, für die Operation.

Moritz (Leipzig.)

547. **Die diagnostische Verwerthung der Schallleitungsveränderungen des Schädels bei intra- und extracraniellen Herderkrankungen;** von Dr. Ed. Phleps in Halle a. d. S. (Arch. f. Psych. XLIII. 2 u. 3. p. 576. 1908.)

Die sehr exakten Untersuchungen, über die Phl. berichtet, lassen sich kurz nicht beschreiben; es sei aber auf das Original ausdrücklich hingewiesen. Brunke (Freiburg i. B.).

548. **Die Palliativtrepanation bei Stauungspapille;** von Prof. Eugen v. Hippel in Heidelberg. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 37. 1908.)

v. H. hat aus der Literatur 221 Fälle von Palliativtrepanation bei Stauungspapille zusammengestellt. Meist wurde erst operirt, wenn der Visus bereits in praktischem Sinne unbrauchbar war, sicher war dies 92mal der Fall, wahrscheinlich sogar bei der Mehrzahl aller Operirten. Trotzdem wurde durch die Trepanation noch in 61 Fällen das Sehvermögen erhalten oder gebessert. Das Material lehrt also, dass die Aussichten für das Sehvermögen günstige sind, wenn in einem relativ frühen Stadium, d. h. bei noch brauchbarem Sehvermögen, operirt wird. v. H. befürwortet daher dringend die rechtzeitige Trepanation bei jeder Stauungspapille ausser in *den* Fällen von Syphilis, die sich medikamentös beeinflussen lassen. Moritz (Leipzig).

549. **Ueber Tumoren.**

Zur Frage der Adipositas universalis bei Hirntumoren; von O. Marburg. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 52. 1907.)

M. berichtet über einen Fall von Hirntumor bei einem Kinde, bei dem neben Kleinhirnsymptomen eine allgemeine Adipositas bestand. Diese Adipositas beobachtete man bisher am meisten bei Tumoren der Hypophyse selbst und solchen der Hypophysengegend. Sie ist aber auch schon bei Kleinhirntumoren beobachtet worden und man nahm an, dass hier der starke allgemeine Hydrocephalus schädigend auf die Hypophyse gewirkt habe. M. meint, dass vielleicht auch die Natur des Tumor — angeborene Formen —, z. B. bei epithelialen Hypophysenganggeschwülsten, in dieser Beziehung von Bedeutung sei.

Ueber operative Behandlung der Tumoren der Hypophysengegend; von A. v. Eiselsberg und f. v. Frankl-Hochwart. (Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 21. p. 994. 1907.)

v. E. und v. Fr.-H. berichten über einen Fall von Hypophysentumor von adiposo-genitalem Typus, den früher schon Fröhlich beschrieben hat. Hier war auch das Röntgenbild sehr charakteristisch. Vorübergehend hatte hier die Behandlung mit Schilddrüse sehr gute Dienste geleistet, z. B. das rechte temporal hemianopische Gesichtfeld ganz wieder aufgehellt. Zur Zeit der Operation bestand links totale Amaurose mit Sehnervenatrophie, rechts temporale Hemianopsie und centrale Sehschwäche. Die Operation wurde nach Schloffer von der Nase aus vorgenommen. Der Pat. überstand sie gut; der Erfolg war eine wesentliche Besserung der Sehschärfe rechts und eine Abnahme des Körpergewichtes.

Fall von Hypophysistumor mit Röntgenphotogramm; von P. Schuster. (Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 18. p. 841. 1907.)

In Sch.'s Fall hatte bitemporale Hemianopsie, später beiderseitige Amaurose bestanden, dazu sowohl akromegalische, wie adiposogenitale Symptome, Kopfschmerzen und Erbrechen. Auffällige Euphorie. Das Röntgenbild zeigte Erweiterung der Sella turcica speciell nach hinten.

Zur Freilegung der Hypophysis; von Ludwig Loewe. (Neurol. Centr.-Bl. XXVI. 18. p. 842. 1907.)

L. beschreibt einen nasalen Weg zur operativen Entfernung einer Hypophysengeschwulst, der offenbar viel Aehnlichkeit mit der Methode Schloffer's hat. Vielleicht ist sein Vertrauen auf die Sicherheit der diagnostischen Schlüsse aus Röntgenbildern der Sella turcica etwas zu gross.

L. Bruns (Hannover).

550. **Beiträge zur Hirnchirurgie;** von Dr. Josef Gobiet. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 4. p. 115. 1908.)

Die Fälle G.'s bieten manches Interessante: 1) *Jackson'sche Epilepsie nach Gehirnverletzung mit Schädeldefekt.* Heilung nach Exstirpation einer Narbencyste des Gehirns und Schädelplastik nach Durante und v. Hacker. Die Beobachtung ist dadurch bemerkenswerth, dass durch den Verschluss der Schädellücke geradezu experimentartig prompt die epileptischen Anfälle beseitigt wurden. Unmittelbar nach der ersten Plastik aus der Tibia blieben die epileptiformen Anfälle aus und zwar nur so lange, als der Pat. die, wenn auch nekrotische, Knochenscheibe mit sich herumtrug. Sofort nach Entfernung der nekrotischen Knochenscheibe kehrten die epileptischen Anfälle wieder, und zwar in verstärktem Maasse. Erst nach dem durch die zweite Operation gelungenen Verschlusse des Defektes wurden die Anfälle prompt und dauernd beseitigt.

2) *Traumatische Epilepsie.* Vorläufige Heilung nach Kraniektomie und Duraresektion. — Das Röntgenbild ergab an der linken Hinterhauptseite einen starken Schatten, der der Lage und Grösse nach der klopfempfindlichen Partie entsprach.

3) *Echtes Cholesteatom der Dura mater.* Osteoplastische Trepanation nach Wagner. Tod. — Der Verlust der Sprache, einhergehend mit Krampfzuständen im rechten Facialis und in den rechtsseitigen Gliedern, die später in typischer Reihenfolge auftretenden Lähmungen wiesen scheinbar mit Sicherheit auf einen Tumor der Sprachregion und der linken motorischen Region hin. Durch die Sektion wurde aufgedeckt, dass der über der *rechten* Grosshirnhemisphäre sitzende grosse Tumor in eigen-

thümlicher Weise die intracraniellen Druckverhältnisse derart beeinflusst hatte, dass nicht die unmittelbar unter ihm gelegenen Hirnpartien, sondern die der gegenüberliegenden Seite dem grössten Drucke ausgesetzt waren. — Am häufigsten ist die collaterale Hemiplegie durch traumatische Hämatome aus der Meningea media bedingt. In diesen Fällen ist es rathsam, nach erfolgloser Trepanation auf der der Lähmung entgegengesetzten Seite auch noch auf der gleichnamigen Seite zu trepaniren; hierdurch wurden in neuerer Zeit schon einige Kranke gerettet.

4) *Extradurales Hämatom nach Verletzung des Sinus longitudinalis.* Heilung durch Trepanation. — Es handelt sich um einen complicirten Schädelbruch mit Impression, wobei ein Splitter der Tabula vitrea den Sinus longitudinalis in einer Ausdehnung von 3 cm aufschlitzte. Gleichzeitig blieb der Splitter im Sinus stecken und tamponirte ihn theilweise. Neben ihm strömte aber doch noch so viel Blut aus dem Sinus aus, um ein extradurales Hämatom zu bilden, das nach Verlauf von mehreren Stunden die Erscheinungen der Hirncompression, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Kopfschmerzen, zunehmende Benommenheit, verursachte. Dass es zu keiner heftigen, etwa tödtlichen Blutung nach aussen kam, verdankte der Pat. der festen Verkeilung der Knochenfragmente.

5) *Otitischer Schläfenlappenabscess*, geheilt durch Trepanation. — Bemerkenswerth war hier das rasche akute Entstehen des Gehirnabscesses. Bei dem Pat., der vorher nie ohrenkrank gewesen war, entwickelte sich im Anschlusse an eine Influenza eine Mittelohrentzündung, die bereits innerhalb 4 Wochen zu ausgedehnter Zerstörung des Warzenfortsatzes, einer extraduralen Eiteransammlung, circumscripter Pachy- und Lepto-Meningitis und Gehirnabscess führte.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

551. **De quelques altérations du tissu cérébral dues à la présence de tumeurs;** par le Prof. R. Weber. (Nouv. Iconogr. de la Salp. XX. 4. p. 276. 1907.)

W. hat früher gezeigt, dass die Entleerung einer mehr oder weniger grossen Menge intraventriculärer Flüssigkeit ein Mittel ist gegen die Zunahme des Hirndruckes in Folge des Wachsens eines intracraniellen Tumors. Er versucht nun an 2 Fällen zu beweisen, dass die Hauptwirkung der Neoplasmen auf das Gehirngewebe durch schwere Störungen der Lymphcirkulation bedingt ist. Bei dem einen Pat. lag eine Geschwulst des Schläfenlappens, bei dem anderen des Kleinhirns vor. Der letztere Pat. wurde, sobald er sich aufsetzte, von einem epileptischen Anfall betroffen; W. führt dieses darauf zurück, dass der kleine Tumor in dieser Haltung des Pat. das Foramen magnum wie ein Pfropf verstopfte und so die Cirkulation der Cerebrospinalflüssigkeit noch mehr störte. W. glaubt auch nicht an die toxische Wirkung der Tumoren bei der Genese der Stauungspapille; das Primäre auch bei diesem Phänomen sei die Stase der Cerebrospinalflüssigkeit. S. Auerbach (Frankfurt a. M.)

552. **Die röntgenographische Darstellung der diploëtischen Venenkanäle des Schädels;** von Dr. Artur Schüller. (Sonderabdr. d. Fortschritte auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen XII. 4. 1908.)

„Die diploëtischen Venen des Schädels (Brechet'sche Venen) können mit Hülfe der Röntgenographie schon beim Lebenden dargestellt werden. Bei Vorhandensein eines *drucksteigernden Processes* (Tumor des Gehirns) im Schädel scheint eine *Erweiterung* von diploëtischen Venen zu Stande kommen zu können, so zwar, dass sie einen beträchtlichen Theil des sonst durch die Sinus durae matris fliessenden Hirnblutes nach aussen befördern. Der Nachweis einer derartig erweiterten Vene ist von *diagnostischer* Bedeutung, weil ihr Ausgangspunkt zusammenfallen kann mit dem Sitze des intracraniellen Tumors und somit direkt auf letzteren hinweist." Dippe.

553. **Zur Diagnostik der Rückenmarkstumoren;** von Prof. D. J. Thomayer. (Časopis lékařů českých. p. 1191. 1907.)

Th. theilt 3 Fälle von Rückenmarktumoren mit, aus denen hervorgeht, dass die motorischen Symptome in Form der Paraplegie nicht nur sehr schnell, sondern geradezu apoplektiform auftreten können; dass ferner nicht nur die intra-, sondern auch die extramedullären Tumoren eine Dissociation der Empfindungen verursachen können, wie sie bei der Syringomyelie vorkommt. Der schnelle Beginn der Paraplegie, verbunden mit der Dissociation der Empfindungen dürfte für Rückenmarktumoren charakteristisch sein. Ferner wurde festgestellt, dass extramedulläre Tumoren ohne Schmerzen und intramedulläre Tumoren unter grossen Schmerzen verlaufen können; ferner, dass auch, wenn nur Symptome eines Rückenmarktumor vorhanden sind, dieser doch schon eine Metastase sein kann, da Wirbeltumoren latent und ohne Hyperästhesie der Dornfortsätze verlaufen können. Aus alledem geht hervor, dass die erfolgreiche Entfernung extramedullärer Tumoren, abgesehen von den technischen Schwierigkeiten, auch weiterhin ein glücklicher Zufall bleiben wird.

G. Mühlstein (Prag).

554. **Ueber akute Paraplegien nach Wuthschutzimpfungen;** von E. Müller. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXIV. 3 u. 4. 1908.)

M. theilt die Krankengeschichte eines Thierarztes mit, der in der Breslauer Wuthschutzstation mit Pasteur'schen Injektionen behandelt worden war wegen des — übrigens sehr unsicheren — Verdachtes einer Lyssainfektion. Nach 14 Injektionen erkrankte er unter dem Bilde einer akut auftretenden Querschnittmyelitis des Dorsalmarkes, zu der sich auch vereinzelte Bulbärsymptome gesellten. Nach 14tägigem Bestehen der Erscheinungen allmähliche Besserung und schliesslich völlige Heilung.

Mit Rücksicht auf eine Anzahl ganz gleichartiger Beobachtungen in der Literatur nimmt M. an, dass es sich um eine typische Erkrankung handelt, die mit Lyssa humana nichts zu thun hat, sondern eine seltene Folge der Wuthschutzimpfung ist (40 Fälle auf über 100000 Geimpfte). Charakteristisch ist

der gutartige Verlauf trotz der Schwere der Erscheinungen. Zur Erklärung des Zustandekommens hat Remlinger das „Wuthtexin" herangezogen. M. denkt an die Möglichkeit, dass es sich um „Kaninchenlyssa beim Menschen" handele oder um die Wirkung der bei der Impfung einverleibten artfremden und dabei noch kranken Rückenmarksubstanz. Moritz (Leipzig).

555. **Contribution à l'anatomie pathologique et à la pathogénie du tabes**; par Marinesco et Minea. (Journ. f. Psychol. u. Neurol. X. p. 182. 1908.)

Bei der Tabes bestehen an den Fasern der hinteren Wurzeln von ihrem Austritt aus den Spinalganglien an degenerative und regenerative Processe. Die degenerativen sind nicht interstitieller Natur, sondern bestehen in einer primären Analyse mit Vacuolisation und Resorption des Achsencylinders. Die Regeneration besteht in der Neubildung von Fasern aus der Zelle, aus deren Auswachsen alter Fasern unter Bildung von Endknöpfen (Bontes terminales), und aus der Theilung der neugebildeten Fasern. Am stärksten sind die Regenerationerscheinungen in den Spinalganglien selbst. Es scheint aber, als wenn neugebildete Fasern auch den Weg in das Rückenmark wiederfinden.

Lewandowsky (Berlin).

556. **Congenitale Lues und progressive Paralyse**; von Dr. Christian Müller. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 38. 1908.)

M. nimmt an, dass nicht nur bei juveniler Paralyse, sondern auch in vielen Fällen, in denen Paralyse oder Tabes im späteren Lebensalter auftritt, congenitale Lues als Ursache angeschuldigt werden muss und auch nachgewiesen werden kann und führt 3 Fälle an, in denen dieses sicher oder mit grosser Wahrscheinlichkeit zutraf.

Moritz (Leipzig).

557. **Zur Kritik der Feststellung und der Bewerthung psychoneurotischer erblicher Belastung**; von Dr. Wilhelm Strohmayer. (Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiol. V. 4. 1908.)

S. wendet sich wie schon in früheren Schriften mit scharfen Worten gegen die in der psychiatrischen Literatur übliche Art der Erblichkeitforschung, bestehend in statistischer Verwerthung des unvollständigen und anfechtbaren Materials, das die Krankengeschichtenanamnesen der psychiatrischen Anstalten naturgemäss bieten. Als Paradigma verwerthbarer Erblichkeitsarbeiten theilt er die von ihm aufgestellte Ahnen- und Stammtafel einer einzelnen Kranken mit und lehrt damit überzeugend, dass ein gründliches Studium eines Einzelfalles auf diesem Gebiete sicherere Schlüsse erlaubt als grosse Massenstatistiken. S. kommt zu folgenden Leitsätzen: „1) Die Grundlage jeglicher Erblichkeitsbetrachtung ist die genealogische Causalität der Ahnentafel. 2) Die Erblichkeitswirkung hängt nicht von der Schwere der erblichen Belastung der Ascendenz allein ab; es muss dabei auch auf die Momente der Erbfolge Rücksicht genommen werden, die ein nachweisbares Belastungsmaterial genealogisch unwirksam erscheinen lassen. 3) Für die Nachkommenschaft eines kranken Individuums kommen weniger seine Qualitäten in Betracht als vielmehr die Chancen, die seine Ahnentafel überhaupt giebt. 4) Dass die Erblichkeit zu den wichtigsten Ursachen psychoneurotischer Zustände gehört, kann nach den klinischen Erfahrungen als ausgemacht gelten. Ueber die Art und den Umfang ihrer Wirkungsweise fehlt bis jetzt jeglicher greifbare Anhalt. Die Lehre von der Erblichkeit ist deshalb nicht berufen, in der gerichtlichen Psychiatrie eine ausschlaggebende Rolle zu spielen. Jedenfalls darf bei der Begutachtung des Zusammenhanges zwischen Geisteszustand und Strafthat auch bei sicher gestellter erblicher Belastung nur der Nachweis der Merkmale der individuellen psychopathischen Gesammtconstitution bindend sein.

Moritz (Leipzig).

558. **What is hypnosis?** by W. von Bechterew. (Journ. of abnormal Psychol. I. I. 1908.)

Hypnose ist eine specifische Modifikation des normalen Schlafes. Sie kann durch physische und psychische Reize herbeigeführt werden. So sah v. B. einen Kranken beim Prüfen des Patellarreflexes in hypnotischen Schlaf versinken [!? *Ref.*], ohne dass hierbei irgendwelche psychischen suggestiven Wirkungen eingetreten waren. Dementsprechend hält v. B. nicht alle Erscheinungen der Hypnose für psychisch bedingt. Voss (Greifswald).

559. **Zur Aetiologie der Dämmerzustände**; von Dr. Voss in Greifswald. (Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. XXXI. 18. 1908.)

V. hat bei 2 chronischen Alkoholisten Dämmerzustände von der Dauer mehrerer Tage in dem einen, dreier Monate im andern Fall beobachtet, die hysterischen vollkommen glichen. Ausserhalb der Dämmerzustände boten die Patienten nichts Hysterisches. V. glaubt, dass solche Zustände als Aequivalente des Delirium tremens auftreten können.

Moritz (Leipzig).

560. **Wahnbildung und Paranoia**; von Prof. R. Themsen in Bonn. (Med. Klinik IV. 35. 1908.)

Klinischer Vortrag, in dem sich Th. gegen den Kraepelin'schen Paranoiabegriff wendet und verlangt, dass auch akute, mit Verwirrtheitzuständen und primären affektiven Störungen einhergehende und heilbare Krankheitformen der Paranoia zugerechnet werden. Schilderung der Krankheitbilder der „akuten Paranoia" und Besprechung der Differentialdiagnose. Moritz (Leipzig).

561. **Jahre lange Simulation eines Verblödungszustandes**; von A. Knapp. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 14. 1908.)

Der Bierverleger X. hatte unter auffälligen Umständen einen Unfall erlitten. Es lag eine ernstliche Gehirnerschütterung vor. Er wurde mehrmals von berufener Seite beobachtet und begutachtet. Das Ergebniss lautete, dass X. an einem der Hysterie nahestehenden, schlafähnlichen Zustand oder aber an einem psychotischen Stuporzustande litt. X. erlangte die Rente und ausserdem Unfallentschädigung von einer Privatgesellschaft. Erst nach einigen Jahren tauchte der Verdacht der Simulation auf, den K. auf Grund sehr mühevoller und langwieriger Untersuchungen bestätigen konnte. Der Fall wurde durch das thatsächliche Vorliegen eines schweren Unfalls und durch einen ungewöhnlichen Grad von Selbstüberwindung bei den peinlichsten Prüfungen von Seiten des X. complicirt. Eine Entlarvung war nur durch die zeitlich unbeschränkte Beobachtung möglich; mehrere einzelne Untersuchungen hätten nicht zum Ziele gefuhrt.

Voss (Greifswald).

562. **Künstliche Gehörtäuschungen bei Delirium tremens;** von Prof. G. Aschaffenburg. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39. 1908.)

A. konnte bei Alkoholdeliranten analog den experimentell erzeugbaren Visionen Gehörtäuschungen dadurch hervorrufen, dass er die Kranken an einen Fernsprecher rief und zum Hören aufforderte. Das Experiment gelingt aber nicht so regelmässig wie die Auslösung von Visionen und diese werden wieder durch Druck auf die Augen leichter erzeugt als durch die Aufforderung von einem weissen Stück Papier abzulesen. A. schreibt deshalb dem äusseren Reiz eine wesentliche Bedeutung bei der Entstehung der Hallucination zu. Moritz (Leipzig).

563. **Das Greisenalter in forensischer Beziehung;** von Prof. Gustav Aschaffenburg in Köln. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 38. 1908.)

A. hat auf statistischem Wege die Betheiligung der Greise an den verschiedenen Deliktformen berechnet und gefunden, dass die Zahl und die Art der Verbrechen im Allgemeinen dem Maasse entspricht, in dem die Greise am öffentlichen Leben theilnehmen. Eine Ausnahme machen hiervon nur die Sittlichkeitverbrechen, die bei Greisen überraschend häufig sind. Statistisches und klinische Erfahrungen deuten darauf hin, dass meist krankhafte Zustände zu Grunde liegen. In jedem Falle von Sittlichkeitverbrechen durch Greise sollte daher die Zurechnungfähigkeit ernsthaft erörtert werden, doch spricht sich A. gegen eine gesetzliche Festlegung dieses Grundsatzes aus, da durch eine solche die Richter zu einer schematischen Behandlung der Erörterungen über die Zurechnungfähigkeit im Allgemeinen verleitet werden könnten.

Moritz (Leipzig).

VI. Innere Medicin.

564. **Bakteriologische Untersuchungen über Masern.** *Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese der Masern;* von D. Pacchioni und Dr. C. Franeioni. (Jahrb. f. Kindorhkde. 3. F. XVIII. 4. p. 391. 1908.)

Nichts Genaues. In einer grossen Mehrzahl der Fälle ist das Blut bei normalem Verlaufe ohne allo Keime, man mag es untersuchen wie man will. Recht oft findet man im Sekrete der Bindehaut, der Nase, der Bronchen einen dem Pfeiffer'schen ähnlichen B. haemophilus, man kann auch nachweisen, dass die phagocytäre Kraft des Blutes diesem gegenüber erhöht ist, man kann ihn aber darum noch nicht als den Erreger der Masern ausrufen. „Masern sind als eine Infektionskrankheit mit allgemeinen Intoxikationserscheinungen zu betrachten, bei der die eruptiven Erscheinungen wahrscheinlich der kritischen Bildung von Antikörpern, wie bei der Serumkrankheit, zu verdanken sind.“ Vielleicht kommen wir mit Hülfo dieser Antikörper in der Erforschung der Aetiologie weiter. Dippe.

365. **Ueber den Durchbruch von Siebbein- und Stirnhöhlenempyemen in die Orbita, eine typische Complikation bei Scharlach;** von Dr. H. Preysing. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. 1908.)

Auf Grund eigener Erfahrungen bespricht Pr. das Siebbein- und Stirnhöhlenempyem bei Scharlach, mit Nekrose der Knochenwandungen, und zwar in dem Zeitpunkte, wenn es zu einer beginnenden oder ausgedehnteren Phlegmone der Orbita geführt hat. Für die *Diagnose* sind wichtig: die Thatsache der bestehenden oder eben überstandenen Scharlacherkrankung; vorhandenes septisches Fieber; gleichzeitige Halslymphdrüsen-Vereiterungen; gleichzeitige Otitis media mit Knocheuerkrankung auf einer oder beiden Seiten; das ausschlaggebendste Symptom ist das entzündliche Lidödem oder die gar schon vorhandene tumorartige Erhebung am inneren Orbitalwinkel; die Thatsache, dass Eiterung aus der Nase beobachtet ist, *kann* sehr für das Empyem sprechen; Sehstörungen bestehen zunächst nur insoweit, als die Lider nicht geöffnet werden können; sehr wichtig ist die Röntgen-Durchleuchtung. Die *Therapie* des perfekten, in die Orbita durchgebrochenen Empyems kann nur eine chirurgische sein. Prophylaktisch empfiehlt sich die Exstirpation der hyperplastischen Rachenmandel.

P. Wagner (Leipzig).

566. **L'appendice dans la scarlatine;** par le Dr. René Kauffmann. (Thèse de Paris 1908.)

Der Wurmfortsatz, der ein bedeutendes lymphatisches Gewebe enthält, ist immer im Laufe des Scharlachs der Sitz einer mehr oder weniger starken Entzündnng und verschiedene Symptome sind darauf zurückzuführen. So z. B. das Erbrechen und sonstige gastro-intestinale Erscheinungen, die namentlich bei bösartigem Scharlach deutlich ausgeprägt sind. Da kommt es auch mitunter zur Entwickelung einer wahren Appendicitis, und zwar kann diese sich in jedem Stadium der Krankheit entwickeln, oder auch nach vollständigem Abfalle des Fiebers auftreten.

Digitized by Google

Bei der *Sektion* findet man Verwachsungen zwischen Wurmfortsatz und Coecum, Entzündungen der Schleimhaut, kleine hämorrhagische Herde und eine deutliche Schwellung der Lymphdrüsen in der Mesoappendix.

E. Toff (Braila).

567. **Gelenkrheumatismus und Herzerkrankungen;** von Nenninger. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 273. 1908.)

Unter 605 in das Marinelazareth Kiel aufgenommenen Kranken mit Gelenkrheumatismus wurden 374mal Herzcomplikationen festgestellt, davon waren 156 so erheblich, dass sie die fernere Dienstbrauchbarkeit aufhoben. Zwei Drittel aller Herzcomplikationen traten in der ersten Woche auf, in der Hälfte der Fälle war das Herz bereits am ersten Tage miterkrankt. Mandelentzündung wurde neuerdings in über der Hälfte der Fälle gefunden.

Woltemas (Solingen).

568. **Ein Fall von Meningitis gonorrhoica;** von R. de Josselin de Jong. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 6. p. 501. 1907.)

Ein 19jähr. Mann mit frischer Gonorrhöe erkrankte an Meningitis ohne Symptome einer Myelitis oder Neuritis. Der Verlauf war sehr milde, besserte sich nach Lumbalpunktion. In der Punktionflüssigkeit fanden sich culturell Gonokokken. Walz (Stuttgart).

569. **Ueber Vaccina generalisata;** von F. Danziger. (Münchn. med. Wchnschr. LIV. 32. 1907.)

D. berichtet über eine Epidemie der im Ganzen sehr seltenen Vaccina generalisata. Von dem ursprünglich geimpften Kinde wurden 3 Angehörige, von einer dieser indirekt geimpften Personen wieder 5 Kinder inficirt. Es handelte sich wohl um hohe Virulenz des Impfstoffes. In einigen der Fälle war vorher Ekzem vorhanden gewesen, das zweifellos prädisponirt. Der Umstand, dass in allen Husten vorausging, spricht jedoch dafür, dass der Giftstoff auf dem Blutwege sich verbreitete. Doch lässt sich nicht leugnen, dass Läsionen der Haut bei den übrigen Pat. der Beobachtung entgangen sein könnten. Die meisten Autoren nehmen das Vorhandensein von Hautläsionen als Voraussetzung der Infektion an. Die Prognose ist günstig; eines der Kinder starb an angeborener Syphilis.

Walz (Stuttgart).

570. **Die Blutzusammensetzung bei der Febris recurrens;** von Dr. G. Kieseritzky. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25. 1908.)

Das Auffallendste ist eine Abnahme der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes ohne wesentliche Aenderungen in Grösse und Gestalt der Erythrocyten. Leukocytose gehört nicht zum üblichen Verlaufe, eher eine Abnahme der weissen Blutkörperchen. Dippe.

571. **Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Rheumatismus nodosus;** von Dr. Paul Reyher. (Charité-Ann. XXXII. p. 106. 1908.)

Eine schwere zum Tode führende Erkrankung bei einem 5jähr. Kinde, bei dem sich der „Rheumatismus" in seinen verschiedensten Formen zeigte: in den Gelenken, als Bildung fibröser Knötchen unter der Haut, als Chorea minor, als urticariaartiges Erythem, als Purpura.

Dippe.

572. **Inoculations préventives contre la rage;** par V. Krafeuchkine. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersbourg XIII. 4 et 5. p. 415. 1908.)

Im Kais. Institut für experimentelle Medicin in Petersburg wurden im Jahre 1906 1114 gebissene Personen nach Pastour behandelt; 424 weitere Personen, die das Institut aufsuchten, wurden aus verschiedenen Gründen nicht behandelt, meist wegen zweifelloser Unverdächtigkeit, 3 wegen schon ausgebrochener Wuthkrankheit. Von allen Behandelten starben 3 = 0.26%.

Walz (Stuttgart).

573. **Rapport de la mission d'étude de la maladie du sommeil et des trypanosomiases animales sur la Petite Côte et dans la région des Niayes au Sénégal;** par A. Thiroux, R. Wurtz und L. Teppaz. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 7. p. 561. 1908.)

Die französische Expedition zum Studium der Schlafkrankheit am Senegal musste sich davon überzeugen, dass diese am Senegal im Jahre 1907 eine bedeutende Ausdehnung genommen hatte. Ein grosser Theil der Einwohner war gestorben, mehrfach waren sie zur Auswanderung genöthigt worden, ganze Orte waren verschwunden. Fliegen waren während der Reisezeit (April) selten und fanden sich nur an feuchten Plätzen. Am gefährlichsten sind die seichten, von den Eingeborenen zum Trinken und Waschen benutzten Wasserstellen und Sümpfe, die Brutstellen der Glossinen, in deren Nähe sich diese in niederem Gebüsche aufhalten. Die inficirte Zone erstreckt sich entlang der Küste, wahrscheinlich bis zum englischen Senegambien und Casamanca und reicht in's Innere, soweit sich sumpfiges Terrain findet. Völlige Abholzung wäre ein Radikalmittel zur Glossinenbeseitigung, zur Zeit ist nur die Entfernung alles niedrigen Buschwerkes in einem Umkreise von 2 km um die Ortschaften ausführbar. Weiterhin ist es nöthig, die Ortschaften mit Tiefbrunnen zu versorgen und die Sümpfe und Tümpel auszufüllen. Die bisherigen Versuche waren sehr erfolgreich. Daneben ist es nothwendig, die Kranken an seuchenfreien Orten zu interniren und der Atoxylbehandlung zu unterziehen, was bis jetzt allerdings in Folge von Indolenz der Schwarzen sehr schwierig ist.

Walz (Stuttgart).

574. **Les Leishmanioses;** par le Dr. Félix Verdier. (Thèse de Paris 1908.)

Es giebt 3 Krankheiten, die hauptsächlich in tropischen oder subtropischen Gegenden vorkommen und die von demselben Protozoarium aus der Gruppe der Flagellaten hervorgerufen werden, und zwar: das Kala-azar oder schwarze Fieber, die splenische infantile Anämie und die Orientbeule (bouton d'Orient).

Erstere Krankheit beginnt mit einem unregelmässigen Fieber, das 1—3 Monate andauert, während welcher Zeit Leber und Milz bedeutend anschwellen und sich eine starke Anämie entwickelt. Später wird das Fieber continuirlich und im Verlaufe von 7—12 Monaten verschlimmern sich die

Erscheinungen und gehen dann in ein kachektisches Stadium über, das zum Tode führt. Weitere Erscheinungen sind trophische Störungen der Haut und sehr häufig Blutungen aus verschiedenen Organen. Der von Leishman entdeckte Parasit ist hauptsächlich in der Milz zu finden und eine Punktion dieses Organes ist nothwendig, um die Diagnose festzustellen und die Krankheit von der gewöhnlichen Malaria zu unterscheiden. Man findet die rundlichen oder ovalen Mikroorganismen im Inneren von Zellen, die vom Endothel der Capillaren zu stammen scheinen, doch kommen sie auch in der Leber, im Rückenmarke und in den Darm- und Hautgeschwüren vor.

Denselben Parasiten findet man bei der in Tunis beobachteten splenischen Anämie der Kinder. Auch hier besteht anfangs ein unregelmässiges Fieber, doch treten gastro-intestinale Störungen in den Vordergrund. Die Milz wird gross, es tritt Anämie auf, die später in Kachexie übergeht.

Ein ähnlicher Parasit wird bei der Orientbeule gefunden, doch ist das Flagellum bei ihm länger und fast immer getheilt. Diese Krankheit giebt eine viel bessere Prognose, als die anderen zwei und verleiht, nach einmaligem Ueberstehen Immunität für spätere Infektionen. Diese werden möglicher Weise durch den Stich eines Insektes hervorgerufen, vielleicht erst nach Durchgehen der Parasiten durch ein anderes Thier. E. Toff (Braila).

575. **Ueber den Nachweis von Gallenfarbstoff und dessen klinische Bedeutung;** von Prof. Friedr. Obermeyer und Dr. Hugo Popper. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25. 1908.)

O. u. P. empfehlen folgendes Reagens: 625 cm³ Wasser, 125 cm³ 95proc. Alkohol, 75 g Kochsalz, 12 g Jodkalium, 3.5 cm³ 10proc. Jodtinktur. Das Reagens wird mit einer Pipette vorsichtig unter den (klaren, sauren) Harn gebracht und die Probe sofort vor einer transparenten Scheibe (Pauspapier) besehen. Bei Anwesenheit von Gallenfarbstoff entsteht an der Schichtgrenze ein blauer, bei grösseren Mengen smaragdgrüner bis dunkelgrünblauer Ring.

Mittels dieser sehr empfindlichen Probe stellten O. u. P. fest, dass jeder Harn je nach seiner geringeren oder stärkeren Färbung weniger oder mehr Gallenfarbstoff enthält, und dass dieser (ohne Ikterus) reichlich ist bei Herzerkrankungen mit Stauung, bei atrophischer Lebercirrhose, bei croupöser Pneumonie, bei rheumatischen Erkrankungen, während er bei hochfieberhafter Lungentuberkulose meist fehlt. Dippe.

576. **Ueber die Wichtigkeit der Urobilinurie für die Diagnose von Leberaffektionen;** von Dr. Fischler. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 27. 1908.)

In dem Kreislaufe des Urobilius und seiner Vorstufen: Darm, Blut, Leber, Galle, Darm, spielt die Leber die Hauptrolle. Störungen dieses Kreislaufes äussern sich in Urobilinurie und deshalb kann man aus dem Auftreten von Urobilinurie mit Sicherheit auf eine Erkrankung der Leber schliessen. Wenn diese Annahme F.'s sich bestätigt, so werden weitere Untersuchungen und Beobachtungen sicherlich zu auch praktisch werthvollen Ergebnissen führen. Dippe.

577. **Pathogénie de l'ictère de l'adulte;** par M. A. Chaufford. (Semaine méd. XXVII. 3. 1907.)

Ein 24jähr. Mann mit angeborenem Ikterus, der am 1. Lebenstage festgestellt worden war. Keinerlei erbliche Belastung. Entwickelung ohne gröbere Störungen. Zwischen dem 8. und 10. Jahre öfter Nasenbluten. Die Gelbsucht war schwankend, nahm zu nach körperlichen Anstrengungen. Diät ohne Einfluss. Mit 12 Jahren Schmerzanfälle in der Lebergegend, die nach körperlichen Anstrengungen sich häuften, nach kurzer körperlicher Ruhe in wagerechter Lage schwanden. Stühle nie acholisch. Der Urin enthielt Gallenfarbstoff. Keine Blutungen, kein Pruritus. Leber, den Rippenrand nur wenig überragend, weich und glatt. Milz gross und hart.

Man kann 3 Gruppen von angeborener Gelbsucht unterscheiden: 1) Die angeborene, 2) die in frühester Kindheit erworbene Obliteration der Gallenwege; 3) hämolytischen Ikterus. Zur letzten Gruppe zählt Ch. die mitgetheilte Beobachtung. Denn er fand bei seinem Kranken die Grösse und die Resistenz der rothen Blutkörperchen vermindert. Brückner (Dresden).

578. **Zur Aetiologie, Anatomie und Diagnose der akuten Leberatrophie;** von Dr. Reichmann. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 18. 1908.)

R. hatte in der Jenenser med. Klinik Gelegenheit, einen Fall von akuter Leberatrophie von Anfang bis zu Ende zu beobachten. Sehr deutlich schieden sich die beiden Stadien, das etwa 3 Wochen dauernde gutartige mit Ikterus und allmählicher Vergrösserung der Leber und das kurze, nur wenige Stunden dauernde mit schneller Verkleinerung der Leber, Delirien und raschem Verfall.

Es wäre doch vielleicht von grossem Werthe, das 1. Stadium frühzeitig als solches zu erkennen und dazu kann nach R. zweierlei dienen: das Auftreten von Leucin und Tyrosin im Harne und das Auftreten leichter Verwirrtheit, besonderer Heiterkeit, Niedergeschlagenheit u. s. w. Therapeutisch sind wir zur Zeit allerdings noch übel daran; am ehesten ist noch von Abführmitteln etwas zu erwarten. Dippe.

579. **Contributo allo studio della sifilide secondaria del fegato. Sifilide e Malaria;** per il Dott. Tommaso Secchi, Cagliari. (Rif. med. XXIV. 4. p. 89. 1908.)

2 Individuen mittleren Alters hatten früher *Malaria* gehabt, waren aber viele Jahre frei von Erscheinungen gewesen. Beide inficirten sich mit *Lues*. Der eine, ein kräftiger Mann, zeigte mässige sekundäre, der andere, schwächlich, zeigte frühzeitige tertiäre Symptome. 10 Monate nach der Infektion bestand bei Beiden *Hepatitis*

syphilitica mit Ikterus, Milztumor und beim zweiten auch noch Ascites. Der erste Kr. genas nach wenigen Monaten völlig. Beim zweiten verschwanden nach derselben Zeit der Ascites und der Ikterus; Milz- und Leberschwellung nahmen ab; dann entzog sich der Kr. der Behandlung. S. fasst die Hepatitis im ersten Falle als sekundäre Erscheinung auf; im zweiten dagegen führen der längere Verlauf und der Ascites wohl dazu, eine tertiäre Hepatopathie anzunehmen, die unter dem Bilde der Hepatitis hypertrophica mit Ascites auftrat; der abweichende Verlauf soll durch die Malaria herbeigeführt sein, die wie Tuberkulose, Alkoholismus u. s. w. einen Einfluss auf eine spätere Syphilis ausüben kann.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

580. **Befunde von Darmparasiten im Körper ausserhalb des Darmes (Heterotopie);** von Dr. W. Rimpau und Dr. W. Loowenthal. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32. 1908.)

R. u. L. fanden Helminthen und Ciliaten, die zweifellos aus dem Darme stammten, im Inneren eines tuberkulösen Rippentumor. Die Parasiten waren mit Hülfe des Blutes dorthingelangt, ebenso wie es von Bakterien bekannt ist. „Vorsicht in der Verwerthung von Blutbefunden bei der Diagnosenstellung!“ Dippe.

581. **Ueber akute nichteitrige Thyreoiditis;** von Dr. Reinhold Dunger. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 36. 1908.)

D. berichtet über 7 Fälle von akuter Thyreoiditis. Es waren ausschliesslich jugendliche Personen weiblichen Geschlechts betroffen. In 6 Fällen trat die Krankheit im Anschlusse an eine Infektionkrankheit oder im Verlaufe einer solchen auf, 1mal schien sie „primär“ zu sein. Der Beginn war meist akut, gewöhnlich bestand hohes Fieber. Die subjektiven Beschwerden bestanden in spontanen Halsschmerzen und Schmerzen beim Schlucken und ausstrahlenden Schmerzen nach Ohr und Hinterkopf, 2mal traten Athembeschwerden auf. In einem Falle stellte sich während der Reconvalescenz ein Recidiv ein, das D. auf die Verabreichung von Jod in Form von Jodeisensyrup zurückführt. Die in einem Falle vorgenommene fortlaufende Blutuntersuchung ergab eine neutrophile Leukocytose. Moritz (Leipzig).

582. **Blutuntersuchungen in verschiedenen peripheren Gefässprovinzen bei Cirkulationsstörungen;** von Dr. Martin Krämer. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 34. 1908.)

Bei bettlägerigen Kranken mit allgemeiner Stauung enthält das Blut in den Zehen mehr Erythrocyten und ist schwerer als das Blut in den Ohrläppchen. Dippe.

583. **Die Blutconcentration bei Cyanose und Herzfehlern;** von Dr. G. Čech. (Časopis lékařů českých. p. 1391. 1907.)

Untersuchungen an 5 Kr. mit angeborenen und 31 mit erworbenen Herzfehlern ergaben, dass das prägnanteste Symptom bei den ersteren die Cyanose ist, die mit Hyperglobulie einhergeht, dagegen bei den letzteren zwischen Diurese, Cyanose und Blutdruck einerseits und Blutconcentration andererseits keine regelmässige Abhängigkeit besteht. Hier dürfte sich die Blutconcentration nach dem Allgemeinzustande richten. Die Verhältnisse im Lungenkreislaufe, der Blutdruck, die vasomotorischen Verhältnisse und der Zustand des Herzmuskels bilden mit der Blutconcentration einen Circulus vitiosus, der den Allgemeinzustand des Paticnten bedingt.

G. Mühlstein (Prag).

584. **Ueber Veränderung des Blutbildes bei Myxödema;** von Dr. J. Bence und Dr. K. Engel. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 25. 1908.)

„In 5 Fällen von Myxödem fanden wir eine relative Lymphocytose und Hypereosinophilie. In Anbetracht der Abnahme der absoluten Zahl der polynucleären Leukocyten und der Resultate der Thierversuche nehmen wir als Ursache der Lymphocytose eine lymphoide Metaplasie des Knochenmarkes an. Die Hypereosinophilie wird wahrscheinlich von den in Folge des Myxödems in dio Cirkulation gelangten, positiv chemotaktisch wirkenden Substanzen hervorgerufen.“ Dippe.

585. **Ueber Hämophilie;** von Dr. P. Morawitz und Dr. J. Lossen. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1. p. 110. 1908.)

Durch Beobachtungen und Versuche an einem Kranken kommen M. u. L. zu der Auffassung, dass der Hämophilie eine „chemische (fermentative) ererbte Abartung des Protoplasma der geformten Elemente des Blutes, vielleicht aber auch der Zellen des gesammten Organismus“ zu Grunde liegt. „Diese Minderwerthigkeit äussert sich in einer Abnahme der gerinnungsbefördernden Kraft der Zellen (Mangel an Thrombokinase). Gerinnungshemmende Substanzen spielen in der Pathogenese der Hämophilie keine Rolle. Vielmehr scheinen sogar die normaler Weise vorhandenen gerinnungshemmenden Körper im Blute des Hämophilen zu fehlen, oder doch vermindert zu sein.“ Dippe.

586. **L'hémophilie, pathogénie et traitement;** par Marcel Labbé, Paris. (Revue de Méd. XXVIII. 2. p. 103. 1908.)

Die *Bluterkrankheit* tritt familiär und sporadisch auf. Die Ursache der Krankheit scheint keine einheitliche zu sein; sehr regelmässig findet man eine Störung in der Gerinnungsfähigkeit des Blutes (verzögerten Eintritt der Gerinnung u. s. w.), die in erster Linie wahrscheinlich auf eine mangelhafte Bildung der fibrinoplastischen Substanz zu beziehen ist; in zweiter Linie daneben noch auf die Anwesenheit von gerinnungswidrigen Substanzen, in einigen Fällen vielleicht auch auf einen mangelhaften Gehalt des Blutes an Kalksalzen. Es kommen aber auch Fälle vor, in denen krankhafte Veränderungen der Gefässe (geringe Contraktionfähigkeit u. s. w.) bei der Entstehung der Bluterkrankheit eine Rolle spielen mögen.

Die *Behandlung* mit den sonst üblichen blutstillenden Mitteln (Compression, Tamponade, Eisenchlorid) ist meist nutzlos. Man hat vegetarische Diät, Gelatine (subcutan, innerlich, intravenös, lokal), Injektionen von Adrenalin, von Kochsalzlösung, die Darreichung von Organextrakten, von Kalksalzen u. s. w. versucht; Alles ohne sicheren und befriedigenden Erfolg. Hingegen scheint die Behandlung der Bluterkrankheit mit frischem Blutserum (Mensch, Pferd, Kaninchen), das in etwa 4wöchigen Pausen intravenös (10—20 ccm), oder subcutan (20—40 ccm) eingespritzt, oder auf eine blutende Wunde direkt aufgetragen wird, gute Erfolge zu geben. Bei dieser Behandlung kann man objektiv feststellen, dass die Gerinnungsfähigkeit des Blutes der Kranken zunimmt. Riebold (Dresden).

587. **L'hémostase chez les hémophiles;** par le Dr. P.-E. Weil. (Revue prat. d'Obst. et de Paed. Mars 1907.)

Es giebt zwei Arten von Hämophilie: eine accidentelle oder vorübergehende und eine familiale angeborene. Die Blutuntersuchungen, die der Verfasser angestellt hat, haben gezeigt, dass auch in vitro diese beiden Blutsorten sich verschieden verhalten. Bei der accidentellen Hämophilie ist das Blut dünnflüssig, es fliesst rasch und lange durch die in eine Vene hineingestochene Hohlnadel, die Zellenmorphologie und die leukocytäre Formel sind normal; die Gerinnung ist verzögert (75 Minuten), das Coagulum ist solid, das Serum reichlich. Bei der familialen Hämophilie ist das ausfliessende Blut klebrig, der Ausfluss erfolgt langsam, man findet constant Leukopedeso und ein Vorwiegen der Mouonnklearen. Die Gerinnung ist ausserordentlich verzögert ($2^1/_4$ bis 9 Stdn.), das Gerinnsel ist weiss, weich, flockig und das Serum weniger reichlich.

Merkwürdig ist der Einfluss von animalem oder humanem Serum auf die erwähnten Blutsorten. Fügt man von ersterem etwa 3 Tropfen zu einer Menge von 3 ccm hämophilen Blutes hinzu, so wird die Gerinnung normal und geschieht in 5 bis 10 Minuten. Injicirt man bei Hämophilen 10 bis 20 ccm von normalem Blut intravenös, oder 20 bis 30 ccm subcutan, so kann man bereits am zweiten Tage feststellen, dass die Gerinnung normal geworden ist und es auch Wochen lang bleibt. Bei familialer Hämophilie ist der Einfluss weniger ausgeprägt, aber doch deutlich. Auch profuse Blutungen bei Hämophilen konnten durch Einspritzung von normalem Serum, oder in Ermangelung eines solchen von antidiphtherischem, zum Stillstande gebracht werden. W. konnte feststellen, dass Blutserum auch lokale styptische Wirkung entfaltet. Alle diese Resultate erklärt er auf die Weise, dass durch das eingespritzte Blutserum dem Blute der Hämophilen die ihm fehlenden coagulirenden Substanzen zugeführt werden. Die Methode wäre also bei unstillbaren Blutungen zu empfehlen.

E. Toff (Braila).

588. **Das Stokes-Adams'sche Syndrom;** von Dr. J. Pehiář. (Sbornik klinický VIII. p. 365. 1908.)

Das Stokes-Adams'sche Syndrom trägt alle Charaktere einer Innervationstörung des Herzens an sich, die Ursache der Anfälle liegt in einem pathologischen Zustande des Reflexsystems des Vagus. Die interparoxysmale Bradykardie ist nur eine scheinbare; sie wird in der Mehrzahl der Fälle bedingt durch einen Atrioventrikularblock, seltener durch atrioventrikuläre Extrasystolen. Im ersteren Falle handelt es sich um eine Abnahme der Leitungsfähigkeit des Herzens in Folge einer anatomischen Läsion des Gastell-His'schen Atrioventrikularbündels, im zweiten Falle um eine Abnahme der Herzcontraktilität mit Zunahme der Herzreize in Folge einer Läsion des Myokards.

G. Mühlstein (Prag).

589. **Zur diagnostischen Bedeutung des Cheyne-Stokes'schen Athmens;** von Prof. J. Thomayer. (Časopis lékařu českých. p. 747. 1908.)

Es giebt Fälle von Cheyne-Stokes'schem Athmen, in denen diese Athmung lange Zeit, Wochen und Monate, anhält, bevor der Tod eintritt. Th. hat 3 derartige Fälle beobachtet. In allen diesen Fällen lag ein äusserst buntes Symptomenbild vor, aus dem aber eine langdauernde, sich allmählich bis zum Sopor steigernde Somnolenz und das chronische Cheyne-Stokes'sche Athmen in Verbindung mit einer Dilatation des linken Ventrikels deutlich hervortraten. Auf Grund seiner, durch die Sektion in allen Fällen bestätigten Erfahrungen diagnosticirt Th. universelle Arteriosklerose und multiple Encephalomalacie. Die grössten Herde sassen im Bereiche der Centralganglien; die Varolsbrücke war stets frei. G. Mühlstein (Prag).

590. **Ueber das Vorkommen mydriatisch wirkender Substanzen im Harn;** von Martha Diem. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1. p. 174. 1908.)

Man hat derartige Substanzen namentlich bei Nephritikern nachgewiesen und daraus allerlei Schlüsse gezogen. D. bestätigt, dass der Harn bei Nephritis in mehr als der Hälfte aller Fälle pupillenerweiternd wirkt, es kommt das aber bei anderen Krankheiten etwa eben so häufig vor, hat also nichts Specifisches für die Nephritis. Und sicherlich ist es falsch, diese Eigenthümlichkeit des Harnes allein auf die Anwesenheit von Adrenalin in ihm zu beziehen, es kommen dabei zweifellos auch noch andere bisher unbekannte Dinge in Betracht.

Dippe.

591. **Zur Frage der Cylindrurie ohne gleichzeitige Albuminurie;** von Dr. Rahel Hirsch. (Charité-Ann. XXXII. p. 68. 1908.)

So etwas kommt sicher vor und man darf sich in einem auf Nephritis verdächtigen Falle nicht damit begnügen, auf Eiweiss zu untersuchen, sondern muss auch bei dem Fehlen von Eiweiss auf Cylinder fahnden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit

lassen Cylinder ohne Eiweiss auch auf eine mässig ausgedehnte fleckweise umschriebene Erkrankung der Nieren schliessen. Dippe.

592. **Ueber einen Versuch, die chronische Nierenentzündung serotherapeutisch zu beeinflussen;** von Prof. L. Casper und Dr. C. S. Engel. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 4. 1908.)

C. u. E. gingen davon aus, dass die chronischen Nierenentzündungen durch ein vom Blute her wirkendes Gift entstehen, und stellten folgende Ueberlegung an: „Wenn die allmählich zunehmende Erkrankung immer zahlreicherer Niereuzellen auf die mit dem Blute in die Nieren gelangenden toxischen Substanzen zurückzuführen ist, dann muss dieses Blut Substanzen enthalten, welche im Blute des Nierengesunden nicht vorhanden sein können. Diese hypothetische toxische Substanz muss, wie sämmtliche Toxine, ein Eiweisskörper sein und muss ferner, ebenfalls wie die anderen Toxine, thermostabil sein, also durch halbstündige Erhitzung des Blutserums des Nierenkranken auf 55—60° C. nicht zerstört werden. Wenn diese Voraussetzung, dass der Nierenkranke in seinem Blutserum einen thermostabilen specifischen toxischen Eiweisskörper besitzt, richtig ist, dann ist zu erwarten, dass es gelingen könnte, durch häufige — ca. 10malige — Injektion dieses Nierenkrankenserums unter die Haut, ins Peritonaeum oder in die Ohrvene eines Kaninchens ein Antiserum zu erlangen, welches, demselben Nierenkranken wiederholt unter die Haut gespritzt, die schädliche Wirkung seiner im Blute cirkulirenden Toxine mehr oder weniger paralysirt. Da Antikörper nur mit Hülfe der in jedem Blutserum vorhandenen Complemente wirksam sind, müssen dem Kranken seine natürlichen Complemente dadurch erhalten werden, dass das Blutserum desselben vor der Injektion in den Kaninchenkörper durch halbstündiges Erhitzen auf 58° C. inaktivirt wird. Dadurch, dass dem Nierenkranken gleichzeitig mit dem specifischen Kaninchenantiserum noch normale Complemente durch Injektion von Blutserum, das einem gesunden Menschen oder Thier entstammt, injicirt werden, werden seine eigenen Complemente (die ja, wie im Reagenzglase, auch im Organismus quantitativ verbraucht werden), ergänzt."

Mit dem so gewonnenen Serum wurden 11 Kranke behandelt und dabei wurde festgestellt, dass das Serum unschädlich war, dass das Allgemeinbefinden fast bei allen Kranken deutlich besser wurde, dass vorhandene Oedeme zurückgingen, dass Cylinder und Eiweiss im Harne bei einigen Kranken vorübergehend oder dauernd weniger wurden, bei *einem* Kranken dauernd verschwanden. Dippe.

593. **Zur Pathologie des Wasser- und Salzstoffwechsels;** von Dr. A. Bittorf. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1. p. 84. 1908.)

B. bespricht zunächst einen Fall von orthotischer Albuminurie, an dem er die Gesetzmässigkeit der Abweichungen vom Gesunden und den grossen Einfluss von Cirkulationstörungen auf die Albuminurie darthut und erörtert dann eingehend einige Fälle von akuter und chronischer Nephritis.

Die Bedeutung des Salzstoffwechsels für diese Fälle ist vielfach überschätzt worden. Chlorzulage hatte niemals eine merkbare Verschlechterung zur Folge und bei Kochsalzretention trat keine sicher von ihr allein abhängige Blutdrucksteigerung ein. Eben so wenig waren danach Eiweiss und Sediment vermehrt. „Dagegen kann die renale Decompensation von Nierenkrankheiten oft mit erheblicher Zunahme des vorher entweder normalen oder schon dauernd gesteigerten Blutdruckes verlaufen". Diese Drucksteigerung erfordert eine sorgsame Behandlung — Bettruhe, vorsichtige Diät, mässige Wasserzufuhr — und schwindet mit der Besserung. Wasser-, Kochsalz- und Phosphorausscheidung können bei Nierenkrankheiten jede für sich unabhängig von den anderen bald normal, bald gestört sein.

Auch für das Zustandekommen von Oedemen ist eine (primäre) Kochsalzretention ganz gewiss nicht von grosser Bedeutung. Die Kochsalzausscheidung kann trotz bestehender Oedeme vollkommen ungestört sein. Gefässveränderungen und Wasserretention sind augenscheinlich das Wesentliche und damit ergiebt sich eine grosse Uebereinstimmung zwischen den Oedemen Nieren- und denen Herzkranker. Dippe.

594. **Die Furcht vor Mandeloperationen;** von Prof. Hopmann. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 38. 1908.)

Gaumenmandeln und alle Wucherungen des lymphatischen Rachenringes überhaupt, die Störungen verursachen, müssen *gründlich* beseitigt werden, wenn Dauerheilung erzielt werden soll. Alle in Betracht kommenden Mandeln können gründlich in einer Operation entfernt werden, doch nur unter Anwendung allgemeiner Narkose. Diese Operation, sorgsam ausgeführt, ist nicht angreifender und gefährlicher als eines der üblichen Verfahren zur „Exstirpation" der Mandeln, das in der Regel nur theilweise Entfernung der Mandeln erreicht oder bezweckt. P. Wagner (Leipzig).

595. **Der Kopfschmerz als häufige Folge von Nasenleiden und seine Diagnose;** von Dr. Rich. Veckenstodt in Düsseldorf. (Würzb. Abhandl. VIII. 8. 1908.)

V. unterscheidet lokalen, neuralgischen und cerebralen Kopfschmerz bei Nasenleiden, or schildert die Symptome der drei Gruppen und giebt einen kurzen Abriss der Behandlungsarten.

Hochheim (Halle a. d. S.).

596. **Troubles vaso-moteurs de la face;** par A. Cnrtnz, Lyon-Paris. (Arch. de Laryngol. etc. XXVI. 4. p. 72. 1908.)

Vasomotorische Störungen der Schweissekretion können ihren Grund in nervösen Störungen des Centralnervensystems, Verletzung des Halssympathicus, Verletzung des Facialis und Trigeminus haben und können schliesslich reflektorisch sein. Für die letztere Ursache sprechen 2 Krankengeschichten, bei denen durch Deviation des Septum der Nase die einseitige Schweissekretion ausgelöst wurde. In einem dieser Fälle wurde durch Beseitigung der Deviation wesentliche Besserung erzielt.

Hochheim (Halle a. d. S.).

597. **Ein einfaches Verfahren, die Ansaugung der Nasenflügel zu beseitigen;** von Dr. G. Heermann in Kiel. (Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 2. p. 165. 1908.)

Statt der Schmidthuisen'schen und Feldhausch'schen Apparate empfiehlt H., mit Borsalbe imprägnirte Wattekügelchen in die sogen. Spitzentasche der Nase zu legen.

Hoehheim (Halle a. d. S.).

598. **Bemerkungen über die Anwendung der Saugtherapie bei Naseneiterungen;** von Dr. Moriz Weil in Wien. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 26. 27. 1907.)

W. zeigt an einem Glasmodelle, das die Nasenhöhle, die Oberkieferhöhle, eine Siebbeinzelle und die Stirnhöhle vorstellt, die Wirkung der Saugtherapie. Hiernach ist durch *continuirliches* Saugen kaum etwas zu erreichen, wohl aber durch *intermittirendes*. Bedingung ist für den Erfolg auch die Lage des Ausführungsganges an der tiefsten Stelle. Durch den Saugakt wird zunächst nur sehr wenig Sekret herausbefördert; bei Unterbrechung des Saugens dringen allmählich kleine Luftbläschen in die Höhle, bis diese schliesslich mit Luft ausgefüllt ist.

Ganz ungefährlich ist die Saugtherapie aber nicht; wird nämlich das Saugen unterbrochen, so wird mitunter frei in der Nasenhöhle liegender Eiter durch den äusseren Luftdruck in eine gesunde Nebenhöhle (auch Ohr!) geworfen und diese inficirt.

Hoehheim (Halle a. d. S.).

599. **Ueber die Indikationsstellung zu den radikalen Eingriffen bei der entzündlichen Erkrankung der Nasennebenhöhlen;** von Dr. M. Hajek in Wien. (Wien. klin. Rundschau XXI. 27. 1907.)

Nur sehr selten besteht eine absolute Nothwendigkeit zur Radikaloperation der Oberkieferhöhle; öfter aber eine relative und eine psychische. Wenn es nämlich mit der Thätigkeit des Paticuten unvereinbar ist, fortwährend die Höhle zu spülen oder durch die dauernde Behandlung der Patient melancholisch und verzweifelt wird, so sind Indicationen zur Radikaloperation gegeben.

Von den Stirnhöhlenempyemen heilen 90 bis 95% ohne Operation unter Aspirin und Bettruhe, Von den übrigen heilt eine Anzahl nach geringfügigen Eingriffen (Entfernung der mittleren Muschel) aus. Lässt aber trotz interner Behandlung der Kopfschmerz im Laufe von Monaten nicht nach, treten Fieber und Augenlidschwellungen auf, so ist radikal zu operiren. In den schwersten Fällen, in denen das Knochengerüst bereits ergriffen ist und in denen Verdacht auf Fortschreiten des entzündlichen Processes auf die Dura und die Meningen besteht, was sich durch Apathie, Somnolenz, Brechreiz u. s. w. dokumentirt, ist ohne Zögern radikal zu operiren.

Die Siebbeinzellen sind nur zu öffnen; eine totale Ausräumung braucht nur stattzufinden, wenn der Process auf andere Höhlen übergeht und das Auge bedroht ist. Die Operation ist endonasal.

Das Keilbeinhöhlenempyem ist nur in den schwersten Fällen radikal zu behandeln; meist heilt es unter Aspirin und Bettruhe.

Hochheim (Halle a. d. S.).

600. **Ueber eine neue Behandlungsmethode der chronischen Stirnhöhleneiterungen;** von Prof. S. Citelli in Catania. (Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 2. p. 143. 1908.)

Die von C. ersonnene, aber bisher nur bei Hunden angewandte Methode besteht in gründlicher Desinfektion der Stirnhöhle und darauffolgender Ausgiessung der Höhle mit Paraffin (Schmelzpunkt 45—50°), das mit Jodoform vermengt ist.

Hochheim (Halle a. d. S.).

601. **Larynx und multiple Sklerose;** von Dr. Gräffner in Berlin. (Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 2. p. 167. 1908.)

G. untersuchte 37 Kr. mit multipler Sklerose in seiner Anstalt und 2 ausserhalb laryngoskopisch. Er fand bei 50% im Larynx Veränderungen, theils stabiler, theils labiler Art. Ueberwiegend beobachtete er das wechselnde Bild. Tremor und Ataxie sind, zumal bei der Abduktion am Auffallendsten, doch kommen auch Muskelparesen vor. Im Interesse der Fundirung unserer Kenntnisse fordert G. die regelmässige Untersuchung der in Siechenhäusern untergebrachten und sonst bekannten Kranken mit multipler Sklerose.

Hoohheim (Halle a. d. S.).

602. **Ein Vergleich der klinischen Erscheinungen bei Kern- und Stammlähmungen des Vagus-Recurrens und des Oculomotorius als Beitrag zur Kritik des sogen. Rosebach-Semon'schen Gesetzes;** von Prof. O. Körner in Rostock. (Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 2. p. 153. 1908.)

Bei Schädigung des Vagus-Recurrens*stammes* tritt im Kehlkopfe zuerst Posticuslähmung auf, die später in complete Recurrenslähmung übergehen kann. Dagegen findet man bei reinen *Kern*schädigungen des Vagus vorwiegend frühzeitige complete Recurrenslähmungen, seltener Posticus- und andere Kehlkopfmuskellähmungen. Der Uebergang von Posticus- in Recurrenslähmung, der bei *Stamm*lähmung häufig beobachtet wird, ist bei *Kern*lähmungen nur sehr selten gesehen worden. Die

Semon'sche Erweiterung des Gesetzes auf die bullären Kehlkopflähmungen ist demnach unhaltbar.

Ganz ähnlich verhält sich der Oculomotorius bei der *Stamm*lähmung; denn es erliegen stets zuerst diejenigen Fasern, die den Musculus levator palpebrae superioris und die, welche den Sphincter iridis versorgen oder beide zusammen, und erst später stellen event. auch die zu den Musculi recti superior, inferior und internus, sowie zum Obliquus inferior ziehenden Fasern ihre Thätigkeit ein. — Ganz andere Erscheinungen treten beim Oculomotorius ein, wenn die Nerven*kerne* geschädigt werden. Da sie nämlich getrennt sind, kommen partielle Kernschädigungen häufiger vor als totale. Die *Kern*lähmungen des Oculomotorius zeigen nichts von der Gesetzmässigkeit in Auswahl und Reihenfolge der betroffenen Muskeln, wie sie bei *Stamm*lähmungen beobachtet wird.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass beim Vagus-Recurrens und beim Oculomotorius bei den *Stamm*lähmungen zuerst diejenigen Fasern erliegen, denen eine andauernde Arbeitsleistung zugemuthet wird. Hochheim (Halle a. d. S.).

603. **Stimme und Sprache ohne Kehlkopf;** von Hermann Gutzmann in Berlin. (Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 2. p. 221. 1908.)

Patienten, deren Larynx wegen irgend einer Veranlassung ausgeschaltet ist, können nur tonlos und wenig verständlich sprechen, weil das anblasende Geräusch der Mundhöhle fehlt. Solche Patienten können sich aber doch durch Uebung und entsprechende Belehrung die sogen. Pharynxstimme aneignen und damit ihre Stimme so modulieren, dass sie sogar Singen und Pfeifen lernen. Hochheim (Halle a. d. S.).

604. **Kohlensäureschnee zur Behandlung von Hautkrankheiten;** von Dr. W. Allen Pusey. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 24. 1908.)

Ueber die therapeutische Verwendung von flüssiger Luft und flüssiger Kohlensäure; von Dr. Josef Zeisler. (Dermatol. Ztschr. XV. 7. p. 409. 1908.)

Statt der von Dade seiner Zeit empfohlenen flüssigen Luft als Aetzmittel sind Pusey und Zeisler dazu übergegangen, flüssige Kohlensäure in Anwendung zu bringen, da diese leichter zu beschaffen und im Verbrauch sparsamer ist. Sie gewinnen Kohlensäureschnee durch Ausströmenlassen der Kohlensäure in einen rehledernen Beutel, formen diesen zu einer Rolle und schneiden ihn in kleine Scheiben. Die Anwendung dieser kleinen Scheiben ist bequem, gestattet auch, einen leichten Druck auszuüben, erfordert nicht lange Zeit und hat gute Erfolge. 5—10 Sekunden der Schneeapplikation genügen, um Pigmentirungen zu vernichten; bei 30 Sekunden erfolgt meist leichte Narbenbildung; bei 50—60 Sekunden entsteht ein Schorf, der abgestossen wird und eine weissliche, oberflächliche Narbe hinterlässt. Indikationen sind pigmentirte und behaarte Naevi, vasculäre Naevi, Keloide, Warzen, senile Keratosen und oberflächliche Epithelieme. Bei Lupus erythematosus sah Pusey wenig oder keinen Erfolg, während Zeisler die Resultate besser als bei jeder anderen Methode nennt. Bei Lupus vulgaris sind bisher weder mit flüssiger Luft noch mit flüssiger Kohlensäure nennenswerthe Erfolge erzielt werden. Zeisler sah bei einer Schiesspulver-Verbrennung eine schöne kosmetische Wirkung. Brauns (Dessau).

605. **Die dermatotherapeutische Verwerthung der statischen Elektricität nach Suchier;** von Prof. Jesienek. (Münchn. med. Wchnschr. XXV. 24 u. 25. 1908.)

J. hat seine Versuche mit statischer Elektricität an einem vervollkommneten von *Trippel* in Freiburg bezogenen Apparate (gesammte Einrichtung und Instrumente kosten ca. 2000 Mark) fortgesetzt und kommt zu sehr zufriedenstellenden Resultaten. Für Lupus und Carcinom verwendet er die Entladung von Blitzfunken aus der positiven Elektrode bei starker Annäherung an die erkrankte Stelle, die „Scintillation". Es tritt bei genügend langer Anwendung eines entsprechend starken Stromes völlige Zerstörung des erkrankten Gewebes ein, die auch fortdauert, wenn sich gleich zu Anfang oberflächlich ein Schorf bildet. Dieser stösst sich in ca. 4 Wochen ab unter Hinterlassung von Narben, die denen nach Finsen-Licht gleichen. Recidive treten nur dann ein, wenn eine ungenügende Scintillation nicht alle erkrankten Theile zerstört hat. Die Schmerzhaftigkeit ist mässig und nimmt bei längerer Bestrahlungsdauer ab.

Die „Lumination", Bestrahlung mit dem blauen Lichtkegel, der bei grösserem Abstand der Elektrode auftritt, ähnelt in ihrer Wirkung der der Kromayer'schen Quecksilber-Quarzlampe. Sie scheint besonders günstig bei Trichophytie des behaarten Kopfes zu wirken. J. hat den Strom der Suchier'schen Influenzmaschine neuerdings auch für Röntgen-Röhren benutzt und rühmt die gleichmässige, ruhige, homogene Beschaffenheit der Strahlen; allerdings sei der Strom nur schwach, 0.5 M.-A., reiche aber für dermatotherapeutische Zwecke aus. Brauns (Dessau).

606. **Die Anwendung der statischen Elektricität in der Behandlung der Pellagra;** von Dr. Antenesen und Preda. (Revista stiintzelor med. p. 518. Mai—Juni. 1908.)

Die in Rumänien weit verbreitete Pellagra ist bekanntlich eine Folge des Genusses verdorbenen Maises und muss im Grossen und Ganzen als eine unheilbare oder jedenfalls schwer heilbare Krankheit betrachtet werden. Der Hauptgrund hierfür ist der, dass die Patienten aus ökonomischen Gründen die Maisnahrung nicht vollständig verlassen können, folglich immer wieder Recidive auftreten, so dass die im Krankenhaus erzielten Besserungen nur kurze Zeit nach dem Austritte aus dem Krankenhause andauern. Die Behandlung besteht namentlich in der Darreichung tonischer Mittel, Eisen und Arsenik, um die Widerstandskraft des Körpers zu erhöhen und in der Behandlung der nervösen Störungen,

Digitized by Google

die meist neurasthenische Formen annehmen. Ausser dem bekannten Erythem treten auf: Kopfschmerzen, Apathie, Ohrensausen, Schwindel, Schwäche u. s. w. und hauptsächlich diese Erscheinungen sind es, die A. und P. in sehr guter Weise durch die Anwendung statischer Elektricität haben beeinflussen können. Die Erklärung dürfte die sein, dass durch die Franklinisation eine Erhöhung der Stoffwechselvorgänge bewirkt wird, wodurch es zu einer besseren Ernährung und zu einer bedeutenderen Ausscheidung von Toxinen kommt. Auf das Nervensystem hat das statische Bad einen beruhigenden Einfluss, so dass sich die Patienten danach viel leichter und freier fühlen als vorher. Auch die Schlaflosigkeit, der Appetitmangel und die allgemeine Unlust werden auf diese Weise in günstigem Sinne beeinflusst. E. Toff (Braila).

607. **Zur Frage der Hauttuberkulide**; von Dr. Joh. Fabry. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 163. 1908.)

Nach F. sind zu den Tuberkuliden mit Sicherheit Follicelis und Erythema induratum Bazin zu rechnen, mit Wahrscheinlichkeit Lupus erythematosus und manche Formen der Tuberculosis verrucosa. Auch für die Pityriasis rubra Hebrae mehren sich die Beobachtungen, die ihre Zugehörigkeit zu den Tuberkuliden wahrscheinlich machen. Zu diesen Sätzen kommt F. auf Grund einiger recht interessanter Fälle:

Im 1. Falle traten nach Exstirpation einer Tuberc. verruc. ped. in der Umgebung unter dem Bilde eines Lupus disseminat. Knötchen auf, die nach weiterer Excision recidivirten, dann aber spontan abheilten. Diese aus Rundzellen bestehenden Knötchen konnten nicht als ausgesprochene Lupusknötchen anerkannt werden, da epitheloide Zellen, sowie Riesenzellen fehlten; wohl aber handelte es sich dabei um ein in diesem Stadium noch resorptionsfähiges tuberkulöses Infiltrat, aus dem schliesslich ausgesprochene Tuberkulose sich entwickeln kann. Im weiteren Verlaufe stellte sich bei der Pat. Kehlkopftuberkulose ein. In einem 2. Falle entstand bei einem Kyphoskoliotischen ein Scrophuloderma auf dem Handrücken mit gleicher Knötchenbildung, wie im 1. Falle, die auch hier spontan sich zurückbildete. Mikroskopisch präsentirten sich die Knötchen durch charakteristische Septenbildung und Anordnung der epitheloiden Zellen als typische tuberknlöse Infiltrate, jedoch ebenfalls ohne Riesenzellen. Im 3. Falle bestand neben alten Lupusnarben und einigen kleinen Herden von Tuh. verruc. am Körper, besonders am Oberkörper, dann aber auch an den Gliedern, ein Eryth. multif. mit randständigen Blasen; in den Narben Andeutungen von kleinen Knötchen und dementsprechend mikroskopisch Andeutung von strichförmigen Infiltrationherden längs den Gefässen ohne Riesenzellen. Im 4. Falle zeigten sich bei typischer Mikulicz'scher Krankheit zahlreiche einzelne grössere und kleinere cutane Knoten, hauptsächlich an den Gliedern, die auf Jod wichen. Nach dem klinischen und mikroskopischen Befunde wurden diese Knoten als dem Eryth. indurat. Bazin nahe verwandt angesehen, obwohl bei diesem es meist nicht zur Resorption, sondern zur Ulceration kommt. F. sah nämlich in einem 5. Falle bei einer sonst gesunden Pat. ein typisches Eryth. indurat. Bazin, dessen Knötchen während der 4jähr. Beobachtungsdauer nur selten exulcerirten, meist resorbirt wurden. Anordnung und Form der Zellen waren ganz die eines tuberkulösen Infiltrates, mit epitheloiden Zellen und mit Riesenzellen mit vorwiegend randständigen Kernen. Im 6. Falle, bei einer schon früher veröffentlichten Pityriasis rubra Hebrae, wurden in einer verkästen Axillardrüse zweifellose Tuberkelbacillen nachgewiesen. Im 7. Falle handelte es sich um Lupus erythematosus der Schleimhaut der Unterlippe und Scrophuloderma colli, ohne epitheloide und Riesenzellen; im 8. Falle dagegen um einen durchaus gutartigen Lupus exfoliativus colli, bei dem aber die ganze Cutis und Subcutis dicht von typischen Tuberkelknötchen durchsetzt waren. Brauns (Dessau).

608. **Beiträge zur Kenntniss des Lichen ruber**; von Josef Schütz. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 231. 1908.)

Unter Heranziehung geeigneter Fälle der Literatur zum Vergleich mit Beobachtungen aus der eigenen Praxis gesteht Sch. in seinen vieles Interessante bringenden Ausführungen dem Lichen ruber zu: 1) Veränderlichkeit im Gesammtcharakter, in der Form, der Häufigkeit, der geographischen Vertheilung bei seinem Auftreten, sowie der Vertheilung unter die Geschlechter, ferner in seiner prognostischen Bedeutung und therapeutischen Zugänglichkeit. 2) Polymorphie seiner Efflorescenzen, insofern dabei Formen vorkommen, die als unvollständige Entwickelungen, excessive Ausschreitungen, Rückbildungen des gewöhnlichen Typus erscheinen. 3) Prodrome und Begleiterscheinungen allgemeiner Art für akute ausgebreitete Fälle (acuminate wie plane). 4) Abhängigkeit von einer Disposition, die auch familiär und hereditär sein kann. 5) Eine Lokalisation, grossentheils von Reizen abhängend, die örtlich wirken oder örtlich besonders zur Wirkung gelangen durch anatomische Vorbedingungen. 6) Einen besonderen Zusammenhang mit Veränderungen in der Cirkulation.

Das Gesammtbild des Lichen ruber habe am meisten Aehnlichkeit mit einer autotoxischen Erkrankung allgemeiner oder lokaler Art. Die Aetiologie im einzelnen Falle erfahre man durch Addition von Disposition, Cirkulationstörung, örtlichem Reiz und autotoxischem Moment.

Brauns (Dessau).

609. **Zur Pathologie der Pityriasis rubra pilaris**; von Zdzislaw Sowiński. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 303. 1908.)

Die Parakeratose der Haut ist Folge einer Veränderung im Papillarkörper, die sich durch Dilatation der Gefässe und Ansammlung von zelligen Elementen, vornehmlich Lymphocyten, kennzeichnet: es fehlen Plasmazellen und polymorphkernige Leukocyten, die beim Lichen ruber als Zeichen der akuten Entzündung reichlich vorhanden sind. Es handelt sich bei der Pit. rub. pil. also um eine chronisch wirkende Irritation, die sich den Blutgefässen entlang fortpflanzt; und daher zieht S. die Bezeichnung Pit. rub. pil. der als Lich. rub. acum. vor.

Brauns (Dessau).

610. **Nachtrag zu der Arbeit von O. Müller: „Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae mit Lymphdrüsentuberkulose"**; von Dr. Herm. Fabry. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 85. 1908.)

Weiterer Verlauf und Sektionbericht, woraus hervorgeht, dass die Krankheit als ein in der Cutis und Subcutis lokalisirter kleinzelliger Infiltrationprocess mit sekun-

Digitized by Google

däror Proliferation der Epidermis anzusehen ist, der schliesslich in Atrophie ausgeht. Brauns (Dessau).

611. **Ueber das teleangiektatische Granulom Küttner;** von Dr. Karl Reitmann. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCf. 2 u. 3. p. 185. 1908.)

Bei dem in der Riehl'schen Klinik beobachteten Kr. war nach Entfernung eines dunkelrothen erbsengrossen, gestielten Tumor durch Ligatur am Rücken eine Gruppe von stecknadelkopf- bis schrotkorngrossen Efflorescenzen entstanden, die nur wenig über das Niveau der umgebenden Haut prominent im Wesentlichen die Farbe des arteriellen Blutes zeigten und bei Glasdruck einen bräunlichen durch Pigment bedingten Farbenton behielten. Mitten aus dieser Gruppe erhob sich ein durch Verschmelzung einzelner Efflorescenzen entstandener, erbsengrosser, pilzförmiger, dunkelblaurother Knoten von mässig derber Consistenz. Das mikroskopische Bild zeigt scharfe Begrenzung gegen die Umgebung. Die Tumoren selbst bestehen aus einem Knäuel von wirr durcheinandergehenden Capillaren, während die zuführenden Gefässe lediglich einen gewissen Kernreichthum der Intima aufweisen. Aehnlicher Kernreichthum zeichnet die Gefässe der oberen Cutisschicht aus. Besonders reichlich finden sich Plasmazellen im Gebiete des Tumor. R. erklärt seinen Fall histologisch für identisch mit dem Küttner'schen und einem neuerdings von Bassewitz und Bennecke im Archiv für Tropenhygiene beschriebenen; welch' letzterer aber wohl besser den infektiösen Granulomen zuzuzählen sei, während die „Botryomycose humaine" französischer Autoren ein auf vorher normaler Haut entstandenes Granulom sei. Brauns (Dessau).

612. **Ueber das multiple benigne Sarcoid der Haut (Boeck);** von Prof. Giuseppe Mazza. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 57. 1908.)

Eingehende Beschreibung zweier von M. beobachteter Fälle dieser seltenen Krankheit, von denen der eine besonders dadurch interessant ist, dass ausser Elephantiasis des linken Armes sich neben der Knoten- und Papelbildung in der Cutis und Subcutis gleiche Tumoren an den Nerven fanden, von denen M. annimmt, dass sie der Eruption in der Haut vorhergegangen oder wenigstens gleichzeitig mit ihr aufgetreten sind. Die Affektion besserte sich unter Arsonbehandlung. Histologisch stellten sich die Knoten als riesenzellenhaltige Granulome dar, die an die anderen infektiösen Granulome (Tuberkulose, Lepra, Syphilis) erinnern, und sich dadurch deutlich vom *Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum Kaposi* unterscheiden.

Brauns (Dessau).

613. **Fréquence du microsporum caninum ou lanosum chez le chien et chez l'homme;** par R. Sabouraud, A. Suis et F. Suffran. (Ann. do Dermatol. et de Syphil. 4. S. IX. 6. p. 321. Juin 1908.)

Das von Bodin und Almy 1897 beschriebene Microsporum caninum ist identisch mit dem von Sabouraud 1907 gemeldeten Microsporum lanosum. Es findet sich in der Gegend von Toulouse bei den Hunden recht häufig (in letzter Zeit auch in Paris zahlreicher), ruft eine Alopecie hervor und geht meist ohne wesentliche Entzündungserscheinungen einher. Zuerst sträuben sich die Haare der befallenen Stelle, dann verkleben sie mit einer ganz geringen serösen Exsudation zu einer Kruste, nach deren Abstossung eine kahle Stelle zurückbleibt, die mit einem feinen, trockenen Häutchen überzogen ist. Nun kann eine Folliculitis folgen, deren eitriges Sekret nur das Microsporum, keine Eiterbacillen enthält, oder es kommt sofort zu der auch nach der Folliculitis eintretenden Rückbildung des Processes und allmählichem Wachsthum neuer Haare. Jucken ist mit der Affektion nicht verbunden. Die Dauer bis zur Heilung beträgt circa 3—4 Monate.

Beim Menschen tritt die Erkrankung vielfach in Familien-Epidemien auf, wurde aber nie wie das Microsporum Audouini in Schul-Epidemien beobachtet. Im Gegensatze zu letzterem kommt es auch im Barte vor; auf der unbehaarten Haut bildet es erythematöse Flecke mit scharfer Grenze, meist oval, ohne Blasenbildung, bisweilen von einem gleichen Ringe kokardenartig umgeben. Das Mycelium wächst im Haare, endet an der Rinde mit kolbigen Enden, die pinselartig mit Sporen bedeckt sind. Durch deren Nachwachsen wird alsdann der das Haar umgebende Sporenpanzer stets erneuert. Therapeutisch bewährten sich am besten 10proc. Phensäurepomade, Cade-Oel und verdünnte Jodtinktur. Brauns (Dessau).

614. **Typus maculatus der bullösen hereditären Dystrophie;** von Prof. S. Mendesda Costa und J. W. van der Valk. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 3. 1908.)

Bei 2 Brüdern von 1, bez. 4 Jahren fand sich folgendes Krankheitbild: 1) Atrichie; 2) Acrocyanose; 3) dystrophisische Blasenbildung auf cyanotischer Haut; an den Stellen geheilter Blasen pigmentfreie, anämische, theils atrophische Flecke; auch achromatische, vielleicht nicht von Blasen herrührende Flecke; 4) Hyperpigmentirung der übrigen Haut; 5) Zurückbleiben im Wachsthume des Kopfes und der Fingerenden. Ein Sohn derselben Mutter und 4 Söhne von 3 Schwestern der Mutter sind an derselben Krankheit gestorben, während die Eltern und Grosseltern gesund waren. Im Gegensatz zur Epidermolysis bullosa hereditaria liessen sich die Blasen nicht traumatisch hervorrufen, und die Vff. wollen deshalb unter obigem Titel diese Affektion als besonderen Typus angesehen wissen.

Brauns (Dessau).

615. **Zur Kenntniss der Maculae coeruleae;** von Dr. Tièche. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 327. 1908.)

Oppenheim's Annahme von der Entstehung der Taches bleues durch die Erzeugung eines grünen Farbstoffes aus dem Blute weist T. zurück, denn er sah nie derartiges, wenn er Blut mit zerschnittenen oder lebenden Phthirii zusammenbrachte. Es kam nur zu einer durch Reduktion des Hämoglobins bedingten Violettfärbung. Wahrscheinlich handle

Digitized by Google

es sich um eine Infiltration mit corpuscnlären Elementen unterhalb der Epidermis (gegen eine Imbibition mit gelöstem Material spricht das lange Bestehen), da die nach Art der Thiersch'schen Transplantation abgeschälten Epidermislamellen keine Färbung zeigten. Refraktäre Menschen gäbe es kaum, da T. unter 70 nur 3 traf, die bei genauerer Inspektion keine Maculae aufwiesen, bei denen sie aber experimentell hervorgerufen werden konnten. Brauns (Dessau).

616. **Einige Ergebnisse der vergleichenden Pathologie der Alopecie;** von Dr. Julius Heller. (Dermatol. Ztschr. XV. 7. p. 417. 1908.)

Unter Vergleichung der Alopecie beim Menschen und bei den Thieren bringt H. eine Menge recht interessanten Materiales. Er bespricht die Alopecia congenitalis, Alopecia universalis symptomatica (durch gastrische Krankheitzustände, fieberhafte Erkrankungen, Lymphangitis, Oedem, Cirkulationstörungen bedingte), Alopecia seborrhoica (deren Analogie bei den Thieren eigentlich ganz fehlt), Alopecia areata und Alopecie nach Nervenkrankheiten und Nervenverletzung. Die Arbeit, an sich schon eine gedrängte Uebersicht, muss im Original gelesen werden, da ein Referat der Fülle des Gebotenen nicht gerecht werden kann.
Brauns (Dessau).

617. **Ueber Trichonodosis;** von E. Galewsky. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 225. 1908.)

Die Trichonodosis, über die jetzt eine Anzahl von Beobachtungen vorliegt, besteht in dem Auftreten echter Knoten und Schlingen an den Kopfhaaren und den Haaren des Körpers. Sie kommt gelegentlich vereinzelt und verbunden mit Trichorrhexis und Spaltung der Haare vor, und wird begünstigt durch zu scharfes Bürsten und austrocknende Manipulationen (Aether-, Seifen-, Laugenwaschung, elektrisches Schnelltrocknen); sie scheint aber auch als Krankheitbild gehäuft und an ausserordentlich vielen Haaren vorzukommen.
Brauns (Dessau).

618. **Ueber eine eigenthümliche Knötchenbildung an den Haaren bei Seborrhoea capillitii;** von Prof. Ludwig Waelsch. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 79. 1908.)

Ein bis zwei Centimeter über der Follikelmündung fanden sich leicht abstreifbare und zu einer weisslichen Masse zerdrückbare, grangelbliche, hornig aussehende Gebilde, die in Form von kleinen Kügelchen oder eiförmig oder als kurze Scheiden die Haare umgaben, oder ihnen, wie angeklebt, seitlich anlagen. Es bestand eine gewisse Aehnlichkeit des Aussehens mit den aber steinharten Knötchen der Piedra. Diese Gebilde sind hohl, ihre Wände bestehen aus Hornschichten und haben auf der Innenseite reichliche Gram beständige Stäbchen aufgelagert. W. erklärt sie demnach als den von Sabouraud beschriebenen Cocons seiner Seborrhöebacillen ähnliche Gebilde.

Die Stäbchen W.'s gehören zur Gruppe der Pseudodiphtheriebacillen, wie durch Cultur auf künstlichem Nährboden nachgewiesen wurde. W. will es dahingestellt sein lassen, ob sie zum Haarausfall in ätiologische Beziehung gebracht werden können; jedenfalls aber seien sie die Ursache einer reaktiven Zellenwucherung im Follikel, die sie unschädlich zu machen und zu eliminieren suche.
Brauns (Dessau).

619. **Dermatologische Beobachtungen aus Westgrönland;** von Dr. Rudolf Trebitsch. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 205. 1908.)

T. erzählt unter Anderem von einer traumatischen Alopecie der Frauen, die er auf starken Zug an den Haaren, wie er durch die landesübliche Frisur bedingt wird, zurückführt. Durch den Zug trete Spannung der Haut und damit Minderung des Blutgehaltes ein, schliesslich komme es zu mehr oder minder ausgebreiteter Atrophie der Haarwurzeln. — Sogen. Mongolenflecke, blaue bis schwärzliche Flecke meist in der Sacralgegend, die auf Pigmentablagerung beruhen, finden sich bei den Grönländern häufig, hauptsächlich bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen. Sie sind im Allgemeinen häufig bei den nicht weissen Rassen; wo sie sich bei Weissen finden, sollen sie das Merkmal eines mongolischen Einschlages sein. — Lepra und Syphilis giebt es dort nicht; die Scabies tritt häufig als agria, aber nie als norwegica auf; Lupus wurde trotz häufiger Lungentuberkulose nie gefunden. In den Ohrläppchen der Frauen finden sich viel Keloide, in Folge des Durchbohrens, während bei Männern, die ebenfalls durchbohrte Ohrläppchen haben, Keloide sehr selten sind. Brauns (Dessau).

620. **Zur Kenntniss der Leukoplakia penis;** von Dr. Bernhard Fuchs. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 91. 1908.)

Das Praeputium hatte sattweisse Färbung, war schwielig umgebildet, am Margo warzig verändert und hatte sich so verengt, dass nur eine starke Sonde durchgeführt werden konnte. Lues war auszuschliessen. Mikroskopisch fanden sich hypertrophische Processe mit Atrophie, wodurch die Zugehörigkeit dieses Krankheitbildes zu den „Kraurosen" am weiblichen Genitale um Vieles wahrscheinlicher wird. Brauns (Dessau).

621. **Multiple Polypenbildung der hinteren Harnröhre;** von Dr. Wechselmann. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 199. 1908.)

Bei dem Pat. W.'s traten im Anschluss an eine Gonorrhoea post. starker Harndrang und lebhafte Schmerzen auf, die Wochen lang anhielten. Mit Hülfe der Goldschmidt'schen Irrigationendoskopes gelang es, vor dem Collic. seminal. 2 rothe flottirende Polypen und hinter ihm in der Fossula prostatica ein dichtes, hahnenkammartiges Beet derartiger polypöser Bildungen zu entdecken, die adenomatösen Bau zeigten. Die vorderen wurden mit Dittel'scher Zange entfernt, die hinteren mit Jodtinktur geätzt mittels eines noch nicht beschriebenen Goldschmidt'schen kaustischen Instrumentes.
Brauns (Dessau).

Digitized by Google

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

622. **Der praktische Arzt und die Händegefahr**; von Prof. F. Ahlfeld. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 492 u. 493. 1908.)

Diese Arbeit ist so zu sagen A.'s wissenschaftliches Vermächtniss. In ihr fasst A. nochmals Alles das zusammen, was auf Grund früherer und neuer eigener Versuche und klinischer Erfahrungen für die Zuverlässigkeit der Heisswasser-Alkohol-Desinfektion spricht, widerlegt er nochmals kurz die zum Theil mangelhaft oder gar nicht begründeten Einwände. Der nicht voreingenommene Leser muss unseres Erachtens den Eindruck bekommen, dass A. Recht hat, dass seine Desinfektionmethode an Zuverlässigkeit keiner anderen nachsteht, ja wohl sogar den meisten überlegen ist; dabei ist sie einfach und relativ billig. Möchte A. noch die Genugthuung haben, dass recht Viele dieselben guten Erfahrungen mit der Methode machen wie er selbst, v. Herff u. A. R. Klien (Leipzig).

623. **L'endoscopie utérine (hystéroscopie).** *Applications au diagnostic et au traitement des affections intra-utérines;* par le Dr. Ch. David. (Thèse de Paris 1908.)

D. hat nach dem Vorbilde des Luys'schen Urethroskops ein Hysteroskop mit innerer Beleuchtung construirt und damit diagnostische Studien gemacht. Es zeigte sich, dass die Methode sehr brauchbare Resultate gab, sowohl bei verschiedenen pathologischen Zuständen des Uterusinnereu, als auch im Puerperium. Polypen, Fibrome, proliferirende Metritis werden mit Leichtigkeit diagnosticirt, ebenso auch der Gebärmutterkrebs, den man zu einer Zeit erkennen kann, wo mit anderen Mitteln eine Diagnose nicht gut möglich wäre. Im Puerperium können Placentareste und Eihautstücke gesehen werden, sowie auch Perforationen nach Operationen oder nach criminellem Abortus.

E. Toff (Braila).

624. **Ein Fall von Uterus pseudodidelphis rudimentarius gravidus**; von Dr. Rud. Oeri in Basel. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 280. 1908.)

Pat. hatte 4 Jahre vorher normal geboren. Es handelte sich um Verdoppelnng der Gebärmutter mit Fohlen einer Scheidenmündung. In dem rudimentären, vollkommen atretischen Uterus war offenbar durch Ueberwanderung Gravidität eingetreten, die nahezu ihr normales Ende erreicht hatte. Nach völlig ergebnissloser Wehenthätigkeit fand die Schwangere Aufnahme in der v. Herff'schen Klinik, wo der schwangere Uterus durch Laparotomie exstirpirt wurde. Der exstirpirte Uterus war über mannskopfgross nnd enthielt die macerirte, 1600 g schwere Frucht; er hatte weder eine offene, noch eine rudimentäre Verbindung mit dem anderen Uterus.

O. betont die Seltenheit der von ihm beschriebenen Missbildung; bis jetzt sei nnr ein einziger, seinem gleicher Fall von Cameron (Brit. Jonrn. of Obstetr. a. Gynaecol. p. 67. 1902) beschrieben worden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

625. **Ueber die Genese der Hämatosalpinx bei Haematometra unilateralis**; von Dr. Gotthard Schubert in Breslau. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 248. 1908.)

Ein 19jähr. Mädchen, seit dem 16. Jahre menstruirt, klagte über heftige Schmerzen in der rechten Unterleibseite während der Periode. Es wurde ein strausseneigrosser, vollkommen unbeweglicher, vom Uterus nicht abgrenzbarer Tumor festgestellt, den Küstner durch Laparotomie entfernte. Durch successives Trennen von Adhäsionen wurde der Tumor freigemacht, die Probepunktion ergab dunkelbraunes altes Blut. Es waren 2 Corpora uteri vorhanden, links ein kleineres von normaler Grösse, rechts ein ganseeigrosses; das linke Corpus war leer, das rechte enthielt die blutige Flüssigkeit. Es handelte sich also um eine rechtseitige Hämatometra mit Hämatosalpinx. Der rechte Uterus wurde amputirt und der linke zurückgelassen; die supravaginale Cervix stand mit dem linken Utorus in Verbindung, eine Communikation eines Cavum mit der Cervix oder dem Cavum des anderen Horns bestand aber nicht.

Eine Vorbedingung für das Zustandekommen einer Hämatosalpinx ist zunächst der Verschluss des abdominalen Tubenendes. Sch. nimmt für seinen Fall mit anderen Autoren an, dass das Blut allein, ohne Entzündungserreger, einen abdominellen Tubenverschluss erzeugen kann. Zur Erklärung der Hämatosalpinx selbst zieht Sch. die Reflextheorie an, indem er mit Stratz (Jahrbb. CCLXXIII. p. 263) annimmt, dass die Blutung in die Tube zu Stande kommt 1) durch Zurückstauung von Blut aus dem Uterus und 2) durch Blutaustritt aus den Gefässen in Folge von venöser Hyperämie und ödomatöser Schwellung nach Verlust des Epithels.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

626. **Ueber die hintere sagittale Discision der Cervix uteri**; von Dr. Ludwig Herzl. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 3. p. 465. 1908.)

Lott hat die alte Sims'sche Operation wieder aufgenommen mit der Modifikation, dass er die beiderseitigen Schnittflächen mit Schleimhaut umsäumt und auf eine besondere Naht sagittal in den oberen, am inneren Muttermund gelegenen Wundwinkel legt. Der Operation wird stets eine Curettage vorausgeschickt. Angezeigt ist sie bei Dysmenorrhöe wegen spitzwinkliger Anteflexio mit und ohne Hypoplasia uteri, wenn andere Behandlungsmethoden ohne Erfolg waren, und bei Sterilität, wenn andere Ursachen als mechanische nicht vorliegen. Die Erfolge bezüglich der Dysmenorrhöe waren in 39 Fällen 28mal = 71% vorzügliche; die Erfolge bei Sterilität sind schwer einzuschätzen.

R. Klien (Leipzig).

627. **Eine besondere Form klimakterischer Blutungen**; von Dr. Hans Meyor-Ruegg. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 22. 1907.)

M.-R. berichtet über 4 jenseits des durchschnittlichen klimakterischen Alters stehende Frauen, die

Wochen lang andauernder, blutig gefärbter Ausfluss zum Arzte führte. Ihre Menstruation war früher profus und langdauernd gewesen; beides lässt auf Endometritis schliessen. Die Untersuchung bot folgendes Bild: Die Portio vag. war klein oder fehlte ganz; das Corpus uteri war atrophisch, der supravaginale Theil der Cervix dagegen verhältnissmässig gross. Der Muttermund war sehr klein, kaum zu tasten. Wurde er mit Mühe dilatirt und discidirt, so entfernten sich aus dem ampullenförmig aufgetriebenen Cervikalkanal Schleim und geronnenes schwarzes Blut: *cervikale Hämatometra.* Stets trat Heilung ein. R. Klien (Leipzig).

628. **Zur Hydrotherapie des Klimakteriums;** von Dr. A. Zweig. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIII. 11. 1907.)

Z w. empfiehlt zur Behandlung klimakterischer Beschwerden gelinde wärmestauende Proceduren mit einer darauffolgenden abkühlenden und reaktionbefördernden Maassnahme, 2—3mal wöchentlich, und zwar im Laufe des Tages, *nicht* abends. Eventuell an den Zwischentagen abends ein Fussbad. Sitz-, Kohlensäure- und elektrische Wannenbäder könne man völlig entbehren. Zwar können mit dieser Methode keine Dauererfolge erzielt werden, wohl aber lassen sich Recidive sehr bald im Beginn unterdrücken. 3 Krankengeschichten.
R. Klien (Leipzig).

629. **Zur Entstehung von grossem intraperitonäalen Bluterguss, bez. von Hämatocele durch Blutung aus einem Corpus luteum;** von Otto Engström. (Mittheil. a. d. gynäkol. Klinik von Prof. Engström VII. 2. 1907.)

Unter dem Bilde eines Tubenabortes mit 3 „Anfällen" hatte sich bei einer 40jähr. Siebentgebärenden eine das Becken ausfüllende Hämatocele gebildet. Bei der Laparotomie stellte sich heraus, dass die Blutung aus einem gelben Körper stammte. Mikroskopisch liess sich an dem exstirpirten Eierstock, bez. in der Umgebung des gelben Körpers kein Schwangerschaftprodukt nachweisen. Eine Ursache für die sehr beträchtliche Blutung liess sich ebenfalls nicht finden. Heilung. R. Klien (Leipzig).

630. **Zur Lehre von der Entstehung der Hämatocelenmembran;** von Curt Maennel in Breslau. (Gynäkol. Centr.-Bl. XXXI. 11. 1907.)

Auf Grund von 48 histologischen Untersuchungen von Hämatocelenkapseln nimmt M. an, dass bereits auf das in der Ausstossung begriffene Tubenei aufgelockerte und abgesprengte Gewebefetzen der Tubenwand sich niederschlagen; diese todte Hülle werde dann bald von lebendigen Lymphocyten und Fibroblasten durchsetzt, die auch in die Grenzschicht des Blutergusses eindringen und sich zu Bindegewebezellen umbilden. Wird nun der Tumor in diesem Zustande ausgestossen, so ist er bereits von einer zusammenhängenden Schicht aus organisirtem Gewebe überzogen; diese verhindert eine schnelle Resorption seitens des Bauchfelles, vielmehr entstehen Verwachsungen und von diesen aus gehe die weitere bindegewebige Ausbildung der Membran vor sich.
R. Klien (Leipzig).

631. **Anatomische Untersuchungen über den Bau und die Aetiologie der Hämatocelenmembran;** von Curt Maennel. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LX. 2. p. 212. 1907.)

Der Untersuchung liegen 48 Fälle zu Grunde, von denen 9 ausführlicher geschildert werden. M. gelangt zu folgendem Resultate: Das in der Wand der Tube eingelagerte Ei hat ein Gefäss arrodirt und der Bluterguss erfolgt zuerst intramural zwischen und in die aufgelockerten Gewebeschichten der Tubenwand hinein, wie es schon Werth beschrieben hat. Ist die Blutung nicht übermässig stark und erfolgt sie langsam, so gehen von Seiten der Tubenwand abkapselnde Processe vor sich: aufgelockerte Gewebefetzen werden vollends von ihrer Grundlage abgesprengt und schlagen sich gleichsam auf dem Coagulum nieder. Dieso todte Hülle wird aber bald durchsetzt von lebenden Lymphocyten und Fibroblasten, die auch in die Grenzschicht des Blutergusses eindringen und sich zu Bindegewebezellen umbilden. Wird der Tumor dann durch die am wenigsten widerstandfähige Stelle der Tube ausgestossen, so ist er schon von einer zusammenhängenden, allerdings sehr zarten Haut aus organisirtem Gewebe überzogen. Dadurch wird eine Resorption des Blutes durch das Peritonaeum hintangehalten, vielmehr kommt es rasch zur Verklebung und Verwachsung mit den anliegenden Serosaflächen und von hier aus geht die weitere bindegewebige Organisation der Kapsel vor sich. R. Klien (Leipzig).

632. **Die Leistungsfähigkeit der Vaporisation in der Praxis und ihre Grenzen;** von Dr. L. F. Schallor. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32. 1908.)

Als *Indikationen* für die Vaporisation lässt Sch. gelten: 1) hartnäckige, uncomplicirte präklimakterische oder klimakterische Blutungen, 2) Meno- und Metrorrhagien bei jüngeren Frauen, die anders nicht gemindert werden konnten, 3) hartnäckige Katarrhe nicht infektiöser Art bei älteren Frauen mit Pruritus vulvae. Verboten ist die Dampfung u. A. bei jeder Art von Myomen. — Der schwache Punkt der Vaporisation liegt in der Unmöglichkeit einer genauen Dosirung, die weniger vom Apparat als von der Beschaffenheit der Gewebe abhängt. „Misserfolge werden gelegentlich Uebererfolgen gegenüberstehen." Sch. schickt prineipiell eine Abrasio voraus und legt die Uterushöhle trocken.
R. Klien (Leipzig).

633. **Ueber Carcinom der Bartholini'schen Drüse;** von Dr. Fritz Frank in Cöln. (Med. Klinik IV. 58. 1908.)

F. beschreibt einen seiner seltenen Fälle von Carcinom der Bartholini'schen Drüse bei einer 53jähr.

Frau. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass das Carcinom seinen Ausgangspunkt von der Haut in der unmittelbaren Nähe des Ausführungsganges genommen hatte. Exstirpation leider ohne Drüsen.

F. erinnert daran, bei gynäkologischen Untersuchungen die Vulva genau zu inspiciren und eventuell verdächtige Knötchen. Verhärtungen u. ä. zu exstirpiren und zu mikroskopiren; manches Carcinom könne so früh- und rechtzeitig entdeckt und beseitigt werden. A. Klien (Leipzig).

634. **Was leistet die Cystoskopie hinsichtlich der Indikations- und Prognosenstellung der abdominalen Krebsoperation?** von Dr. Walther Hannes in Breslau. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 262. 1908.)

Schon früher (Habilitationsschrift, Breslau 1907) hat H. auf Grund von 99 cystoskopisch untersuchten Collumcarcinomen an der Hand genauer Operationprotokolle gefunden, dass sich aus den erhobenen cystoskopischen Befunden werthvolle Rückschlüsse auf die Beschaffenheit des paravesikalen Gewebes, des Septum vesico-vaginale machen lassen. Auf Grund der für eine Infiltration dieser Gewebe sprechenden Befunde ist es nach H. dem Operateur möglich, seine weiteren Maassnahmen in dem einzelnen Falle zu treffen, unter Berücksichtigung der übrigen für die Zweckmässigkeit der Operation in Betracht kommenden Momente. Bei negativem cystoskopischem Befunde ergaben sich bei der Operation abdominal von Seiten der Harnwege niemals Complikationen. H. berichtet nun über 75 neuhinzugekommene, cystoskopisch verwerthbare Befunde, diese stützten seine früher dargelegte Anschauung.

Mit Hülfe der Cystoskopie allein kann natürlich nie über die Operabilität oder Inoperabilität entschieden werden. Hierzu sind sämmtliche anderen Untersuchungsmethoden anzuwenden, die wir benutzen müssen, um über die Ausdehnung und Operabilität des Carcinoms ein möglichst klares Bild zu gewinnen. Die Cystoskopie giebt nur Aufschluss über die Beschaffenheit des Septum vesicocervikale; mit ihrer Hülfe kann man feststellen, ob das Septum noch völlig frei ist und somit die Blasenablösung leicht sein wird, oder ob das Carcinom sich der Blasenwand schon nähert, ob es wahrscheinlich die Cervixschale schon durchbrochen hat und in das lockere Bindegewebe des Septum eingedrungen ist und dadurch Ablösungsschwierigkeiten von Seiten der Blase zu erwarten sind. Man kann dann sagen, dass im Interesse der Radikalität voraussichtlich die Integrität der Blasenwandung geopfert werden muss und dass man sich in solchen Fällen auf eventuell nothwendig werdende Blasen- und Harnleiterresektion gefasst machen muss.

Bei 15 der radikal operirten Frauen fand H. als wesentlichen Befund Vorwölbung des Trigonum. In allen den Fällen, in denen mechanische Momente wie Lageveränderungen des Uterus, umfangreiche carcinomatöse Primäraffekte nicht vorhanden waren, und als solche die Prominenz des Trigonum nicht erklärten, zeigten sich Schwierigkeiten bei der Blasenablösung.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

635. **Das Verhalten der Ureteren nach der erweiterten abdominalen Operation des Uteruscarcinoms;** von Dr. Wilhelm Weibel in Wien. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 184. 1908.)

Unter 400 Fällen von erweiterter abdominaler Uteruskrebsoperation ergaben sich in der Klinik von E. Wertheim in 24 Fällen Harnleiterfisteln, darunter in 3 Fällen doppelseitige. Alle diese Fisteln entstanden auf dem Wege der Nekrose des Ureters, der bei dem Bestreben, so viel parametranes Gewebe als möglich mit dem Uterus zu entfernen und eventuell sich vorfindende vergrösserte Drüsen gründlich zu exstirpiren, aus seinen Verbindungen vielfach gelöst und des ihn umgebenden, ihn ernährenden Gewebes beraubt wird, so dass er schliesslich oft freischwebend durch das Becken zieht. In anderen Fällen ist der Ureter durch Carcinom so an der Cervix fixirt, dass er geradezu ausgegraben werden muss, wobei es zu Verdünnungen seiner Wand in Folge von Substanzverlusten kommen kann.

Diese Ureterendefekte haben nach W. nichts zu thun mit absichtlicher oder unabsichtlicher Verletzung der Ureteren. Solche unbeabsichtigte Ureterenverletzungen kamen bei 11 Operationen vor.

W. fasst die Ergebnisse seiner Untersuchungen über Ureternekrose in folgenden Sätzen zusammen:

„Der Ureter ist bei der erweiterten abdominalen Radikaloperation des Uteruscarcinoms der Gefahr der Nekrose ausgesetzt, welche in 6% unserer Fälle eintrat.

Die zur Fistelbildung führende Nekrose erfolgte frühestens am 7. Tage, nie später als 18 Tage post operationem; die kritischeste Zeit war die zweite Woche.

Die meisten solchen Fisteln heilten spontan und zwar zwischen der 3. und 12. Woche; auch nach dem 3. Monate ist eine Spontanheilung nicht ausgeschlossen.

Der nach einer Fistel spontan geheilte Ureter zeigte in den meisten Fällen auch noch nach Jahren eine auffallende Verlängerung der Intervalle zwischen den einzelnen Contraktionen, verglichen mit der gesunden Seite, manchmal auch eine Abschwächung der Intensität des Harnstrahles.

Sonstige Störungen subjektiver oder objektiver Natur waren aber dabei nicht nachzuweisen."

W. empfiehlt, die nach Uteruskrebsoperationen in Folge von Nekrose entstandenen Ureterscheidenfisteln so lange als möglich conservativ zu behandeln und dabei systematische Tuschirungen der Fistel mit Tinct. Jodi oder eventuell Argent. nitric. vorzunehmen. Zeigen sich anhaltende Symptome

einer aufsteigenden Erkrankung der Niere der von der Fistel betroffenen Seite, so empfiehlt W. die Ausführung der Nephrektomie und entschliesst sich zu Implantation nur im Falle der Undurchführbarkeit der Nierenexstirpation wegen Erkrankung der anderen Niere. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

636. **Funktionelle Resultate der Ureter-Blasenanastomose;** von Dr. G. Rauscher. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 3. p. 476. 1908.)

R. bringt 13 ziemlich ausführliche Krankengeschichten, in denen Krönig die Laparotomie wegen Uteruscarcinom vornahm und in denen eine ein-, bez. doppelseitige Ureterblasenanastomose geschaffen werden musste. Die primären und sekundären Heil- und Funktionresultate dieser Anastomosen sind sehr gute, sei es, dass nach Krause, sei es, dass nach Sampson-Franz operirt wurde. Letzterer Methode ist jedoch der Vorzug zu geben, sie ist einfacher. Bei 7 nach Krause Operirten fand 5mal Einheilung mit guter Funktion statt, 1mal mit unbestimmtem funktionellen Resultat, 1mal Stenose der Implantationstolle mit nachfolgender Dilatation des Ureter. Bei den 6 nach Sampson-Franz Operirten heilten sämmtliche Ureteren ein, nur einmal: Stenose. Diese Stenosen waren zurückzuführen auf die eitrig-jauchigen Wundprocesse der in diesen Fällen extraperitonäal gelegenen Wundhöhle.

Angezeigt war die Operation stets durch Umwucherung des parametranen Theiles des Ureters mit Carcinom. So gut nun auch die Resultate der Ureterimplantation waren, die Heilresultate quoad carcinoma waren nicht beträchtliche: von 8 radikal Operirten lebten nach 3 Jahren nur noch 2 ohne Recidiv, die anderen 6 starben an Recidiv innerhalb weniger Monate bis zu $1^1/_2$ Jahren, darunter 2 Kranke mit postoperativen Darmfisteln.

R. Klien (Leipzig).

637. **Ueber abdominale und vaginale Coeliotomien.** *Eine vergleichende Studie über den Werth und die Leistungsfähigkeit beider Operationen nebst Bemerkungen zur Indikationstellung und Technik;* von J. Pfannestiel. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 488. 1908.)

Wie bei vielen Operateuren, so hat sich auch bei Pf. in den letzten Jahren eine energische Schwenkung von den vaginalen Operationen ab zur Laparotomie vollzogen. Diese Schwenkung ist begründet in der besseren Asepsis und Technik in dem häufigen Miterkranktsein des Wurmfortsatzes und in Anderem mehr. Für die vaginale Operation reservirt Pf. beginnende Muttermund- und Corpuscarcinome, inficirte Myome, eingeklemmte Ovarialcysten sub partu, im Becken liegende septische Ovarialabscesse und -cysten, abscedirende Adnexgeschwülste und verjauchte Hämatocelen sowie Prolapse. R. Klien (Leipzig).

638. **Das Frühaufstehen der Laparotomirten;** von Dr. Franz Cohn. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 38. 1908.)

Krönig's Empfehlung, Laparotomirte frühzeitig aufstehen zu lassen, wurde in Kiel nachgeprüft. Die Erfolge waren gut. Während Medianlaparotomirte nicht vor Ende der 1. Woche das Bett verlassen durften, standen Querlaparatomirte zum Theil schon vom 1. Tage ab auf. Bemerkenswerth war die rasche Ueberwindung des anfänglichen Schwächegefühls, sowie die ausserordentliche Anregung der körperlichen und geistigen Frische. Im Vergleich hierzu könne man nur sagen, dass die bisher übliche lange Bettruhe eine Schädigung darstellt. Auch die Darm- und Blasenfunktion stellte sich viel eher wieder her, das Aushusten war erleichtert, kein Fall von Pneumonie ereignete sich unter den 100 Frühaufgestandenen. Die Kranken wurden niemals zum Frühaufstehen gezwungen, sondern es wurde immer nur die Erlaubniss und der Rath dazu ertheilt, der fast stets gern befolgt wurde. Kranke, die schon vor der Operation besonders anämisch oder sonstwie geschwächt gewesen waren, wurden etwas länger im Bett gehalten; nie aber wurde eine Auswahl nach der Art des Eingriffes gemacht; selbst nach Radikaloperationen wegen Carcinom standen die Kranken früh auf. Nicht nur nach Lumbalanästhesie, sondern auch nach Aethernarkose liess sich das durchführen. 3mal wurden Thrombosen der Schenkelvene beobachtet, doch war das jedes Mal aus der Eigenart des Falles erklärlich; trotzdem soll man bei Kranken, die vor der Operation Temperatursteigerungen oder Cirkulationstörungen im Bereich der Beine oder des Beckens aufgewiesen haben, mit dem Frühaufstehen vorsichtig sein. Eine Embolie ereignete sich unter den 100 Fällen nicht.

R. Klien (Leipzig).

639. **Zur Kenntniss der akuten Magenlähmung mit sekundärem Duodenalverschluss;** von Dr. F. Lichtenstein in Leipzig. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 19. 1908.)

In dem 1. Fall, den L. beschreibt, konnte klinisch nachgewiesen werden, dass die Magendilatation das Primäre war. Die Kr. genas nach Anwendung der üblichen Therapie. Der 2. Fall wurde erst auf dem Sektiontisch sicher erkannt, denn er bot nicht die bisher als charakteristisch bezeichneten Merkmale; es bestand nie Auftreibung des Leibes, nie eine Dämpfung, nie eine Schmerzhaftigkeit; das Erbrechen war nicht profus, nicht gallig. Leider war verabsäumt worden, den Urin auf Indikan zu untersuchen, worauf L. grosses Gewicht legt. Positiver Befund spricht für arterio-mesenterialen Verschluss: Daniederliegen der Eiweissverdauung.

R. Klien (Leipzig).

640. **Zur Kenntniss der akuten Magenlähmung mit sekundärem Duodenalverschluss;** von Dr. Hans Albrecht. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 28. 1908.)

A. wendet sich gegen den sehr hypothetischen Erklärungsversuch Lichtenstein's, dass zum Zustande-

kommen des Duodenalverschlusses eine angeborene Variation der Mesenterialanlage oder -verwachsung nöthig sei. Damit könne vorläufig selbst Lichtenstein nichts anfangen. R. Klien (Leipzig).

641. **Ueber Duodenalverschluss;** von Dr. Bernh. Rosenthaf in Berlin. Mit 1 Textfigur. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 28. 1908.)

Eine sehr lehrreiche Abhandlung über das in jüngster Zeit lebhaft diskutirte Krankheitbild. Zunächst werden 2 Fälle aus der Laudau'schen Klinik, sodann 20 aus der Literatur mitgetheilt. Die Beobachtung des ersten mitgetheilten Falles ergab, dass der Duodenalverschluss das Primäre, die Magenerweiterung das Sekundäre war. Leichenversuche ergaben, dass der eigentlich comprimirende Strang die Arteria mesenterica superior ist. Die Zugwirkung wird ausgeübt durch den in das kleine Becken hinabgefallenen collabirten Dünndarm vermittelst seines Mesenterium; dieser Zug wird verstärkt durch Druck von oben seitens des sich erweiternden und mit Flüssigkeit vollfüllenden Magens, auch durch eine volle dilatirte Blase, sowie durch Verwachsung oder Incarceration des Dünndarmes im kleinen Becken. Im Chloroform dürfte eine Ursache zum akuten Duodenalverschlusso nicht zu finden sein, wohl aber in einer Autointoxikation die Ursache für die sekundäre Magendilatation. Disponirt erscheinen vor Allem sehr magere Personen. Bei ihnen springt die Arterie als derber harter, unelastischer Strang vor; ebenso scheint eine Lordose der Lendenwirbelsäule nicht ohne Bedeutung zu sein. Die *Diagnose* ist, wenn man an das Krankheitbild überhaupt denkt, nicht schwer: Durst, Erbrechen grosser Mengen galliger Flüssigkeit, Aufgetriebensein des Epigastrium, Indican im Harne sind die hervorstechendsten Symptome. Die beste Therapie ist die Bauchlage. R. Klien (Leipzig).

642. **Die Beziehungen der Flexura sigmoidea zum weiblichen Genitale;** von H. Albrecht in München. (Arch. f. Gynäkol. LXXXIII. 1. p. 216. 1907.)

Während die Lehre von der Appendicitis in ihren Beziehungen zu Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane durch den Aufschwung der operativen Gynäkofogie die grösste Förderung erfahren hat, wird den Beziehungen der Flexura sigmoidea zum Genitalapparate des Weibes ganz mit Unrecht eine wesentlich geringere Beachtung geschenkt.

Diese Beziehungen können 3facher Natur sein: entweder übt die Flexur durch ihre Grösse und abnorme Füllung einen Reiz auf die Genitalorgane aus, oder es werden krankhafte Vorgänge der Flexur auf dem Peritonäalwege oder endlich durch das Subserosium fortgeleitet.

A. bespricht eingehend den ständigen Reizzustand in den Genitalorganen durch die habituelle Obstipation, wobei er sich über deren Ursachen verbreitet, dann das Bild der auf tiefgreifenden Schädigungen der Darmwandelemente beruhenden Sigmoiditis acuta und chronica, ferner die stenosirende schwielige Entzündung der Flexur auf dem Boden der besonders eingehend von Graser untersuchten falschen Divertikel, die nach ihrem anatomischen Verhalten der Perimetritis analoge Porisigmoiditis, schliesslich die Mesosigmoiditis chronica atrophicans, eine schleichend verlaufende Entzündung am Mesosigmoideum, die unter Narbenbildung heilt und durch Schrumpfung des ganzen Mesenterium die Kothpassage eventuell bis zum Vofvufus hemmt. Es ist diese Entzündungsform ein Analogon zu der W. A. Freund'schen Parametritis chronica atrophicans und geeignet die häufig vertretene Ansicht zu stützen, dass ein grosser Theil der als Parametritis posterior auftretenden Erkrankungen ihren Ursprung im Darme hat.

Anhangsweise erwähnt A. noch kurz die durch Neubildungen gesetzten Beziehungen zwischen Enddarm und Genitale, das Carcinom der Flexur, die gelegentlich auch in die Mesollexur hineinwachsenden intraligamentären Genitaltumoren und Beckenbindegewebetumoren. Kamann (Magdeburg).

643. **Bedrohliche innere Blutung aus einem Perithelioma ovarii. Laparotomie. Heilung;** von Dr. Lajos Góth in Kolozsvár. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. f.XII. 1. p. 26. 1908.)

Eine 24jähr. Zweitgebärende hatte seit ungefähr 3 Monaten eine Geschwulst im Leibe bemerkt; seit 5 Tagen angeblich bedeutende Vergrösserung des Leibes. In der medicinischen Klinik wurde wegen des Ascites *punktirt*, worauf sich sofort die Anzeichen einer schweren inneren Blutung einstellten. Sofortige Verlegung in die Frauenklinik und Laparotomie. Es wurde ein 1610 g schwerer Tumor des linken Eierstockes entfernt, der bei der Punktion *verwundet* worden war. Da sich aus der Wunde auf Malignität verdächtige Bröckel entleerten, Entfernung auch des rechten Eierstockes. Sorgfältige Austupfung des Ascites und Blutes. Heilung. Pathologisch-anatomisch war die Geschwulst zusammengesetzt aus kleineren und grösseren Zellengruppen, die ausnahmelos um centrale Blutgefässe, mit völlig normalem Endothel herum angeordnet waren. Es handelte sich also um ein Peritheliom, bez. lymphatisches Endotheliom. Hervorzuheben sind: das jugendliche Alter der Pat., da das Prädilektionalter für Peritheliome die 5. Lebensdekade sein soll; ferner die Gefährlichkeit des Troikarts bei Ascites in Folge von Geschwülsten; hier ist stets die Laparotomie vorzuziehen, schon weil diese allein eine Entscheidung über die Operabilität der Geschwulst zulässt. R. Klien (Leipzig).

644. **Was lehren uns die Nachbeobachtungen von Reimplantationen der Ovarien beim Menschen?** von Dr. Pankow in Freiburg. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 1908.)

Die Reimplantation von Ovarien ergab bei Dysmenorrhöe und Osteomalacie gar keine, bei Blutungen nur vorübergehende Erfolge, nämlich so lange, bis die Reifung von Eiern wieder eintrat; Ausfallerscheinungen traten jedoch nie auf. P. erhofft bessere Erfolge, wenn die Ovarien zwischen der Exstirpation und der Reimplantation mit Röntgenstrahfen behandelt werden; es bliebe dann vielfeicht die Funktion der interstitiellen Eierstocks-

drüse, sowie des Follikelepithels erhalten, während eine Eireifung nicht mehr stattfindet.

R. Klien (Leipzig).

645. **Ueber das Verhalten der interstitiellen Eierstocksdrüse bei Osteomalacie;** von Dr. I. Wallart in Basel. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 3. p. 581. 1908.)

W. untersuchte die Ovarien von 4 osteomalacischen Schwangeren und einer osteomalacischen Frau, die nie schwanger gewesen war und an Herz- und Nierenleiden gestorben war. Ohne näher auf die besonders in letzterem Falle sehr interessanten mikroskopischen Befunde (zahlreiche grössere und besonders kleine sogen. gelbe Körper und deren Reste, die W. als Theile der aus der Theca interna atresirender Follikel entstehenden interstitiellen Drüse auffasst) eingehen zu können, sei nur bemerkt, dass sich in *allen* Fällen eine stark entwickelte interstitielle Eierstocksdrüse vorfand. Das ist ein auffälliger Befund. Bedenkt man, dass z. B. Birch-Hirschfeld die Knochenveränderungen bei der Osteomalacie nur als eine excessive Steigerung der während der Gravidität auftretenden Vorgänge am Knochen auffasst, so kann man nicht umhin, jener Drüse eine vielleicht wichtige Rolle für die Entstehung der Osteomalacie zuzuschreiben. Weitere Untersuchungen sind dringend nöthig.

R. Klien (Leipzig).

646. **Conception, Menstruation und Schwangerschaftsberechnung;** von Dr. Hans Bab. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 33. 1908.)

Auf Grund der Untersuchung einiger junger Embryonen von Frauen, bei denen sowohl der Conceptionermin, als die Menstruationverhältnisse genau festzustellen waren, kommt B. zu dem Schlusse, dass die Löwenhardt-Sigismund'sche Theorie richtig ist, nach der das befruchtete Ei der ersten ausgebliebenen Periode angehört. Es zeigt also jede Menstruation den Abort eines unbefruchteten Eies an. Die Intervalle zwischen dem befruchtenden Coitus und der Imprägnation betrugen bis zu 24 Tagen. Es scheint sicher zu sein, dass die Ovulation stets der Menstruation um einige Tage vorangeht. Bei der Langlebigkeit der Spermatozoën im weiblichen Genitale (sie können von einer zur anderen Menstruation am Leben bleiben und ihre Befruchtungsfähigkeit bewahren) muss man sagen, dass eine befruchtende Cohabitation an jedem beliebigen Termine erfolgen kann. Allerdings ist für das Vordringen der Spermatozoën in den Uterus nur die postmenstruelle Zeit günstig, weil später die geschwollte und stark secernirende Uterusschleimhaut das Vordringen hindert.

R. Klien (Leipzig).

647. **Ueber den Einfluss der Schwerkraft auf die Entstehung der Schädellagen;** von Dr. Ludwig Seitz in München. Mit 7 Textfiguren. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 114. 1908.)

S. widerlegt auf Grund selbst angestellter systematischer Schwimmversuche die Legende, dass die Schwerkraft einen Einfluss auf die Entstehung der Schädellagen habe. Im Gegentheile, die Kopflage vermag sich sogar entgegen der Schwere auszubilden, nämlich in den früheren Monaten, wo der Steiss noch das Uebergewicht über den Kopf hat. Die Ursache für die Häufigkeit der Kopflage ist vielmehr in der Form des Uterus und in der Gestalt des Kindes zu suchen. Der Foetus füllt ganz einfach in seiner intrauterinen Haltung den vorhandenen Raum am besten dann aus, wenn er in Kopflage sich befindet: im breiten Fundus Steiss und Beinchen, im engeren und unteren Uterinsegmente der Kopf.

R. Klion (Leipzig).

648. **Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des chondrodystrophischen Zwergbeckens;** von Dr. Fritz Engelmann. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 145. 1908.)

Im Anschlusse an einen selbst beobachteten, durch Kaiserschnitt erledigten Fall, giebt E. eine kurze Darstellung der sogen. chondrodystrophischen Zwerge, einer wohlcharakterisirten Art (kurze Glieder, grosser Kopf), auf die zuerst von französischer Seite aufmerksam gemacht worden ist. Die Becken sind wohl alle Kaiserschnittsbecken, entweder stark allgemein verengte platte Becken, oder sehr platte Becken (Nierenform des Einganges) mit hochstehendem Promontorium und stark geneigtem Kreuzbeine. Die Erkrankung ist familiär beobachtet worden.

R. Klien (Leipzig).

649. **Zur Spontangeburt bei engem Becken;** von Dr. Th. Leisewitz. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 217. 1908.)

L. rechnet zunächst mit Baisch ab, dem er sowohl principielle, als auch versehentliche Fehler in seiner Statistik vorwirft; Baisch's Zahl für Spontangeburten bei engem Becken, 80%, wird als zu hoch nachgewiesen. L. hat sodann das gesammte Dresdner geburthülfliche Material der Jahre 1901—1907 bearbeitet, um festzustellen, wie oft eine Spontangeburt bei engem Becken erreicht worden ist, besonders auch, wie die Resultate der in letzter Zeit so viel angefeindeten prophylaktischen Wendung und künstlichen Frühgeburt sich verhalten. L. weist zahlenmässig nach, dass die Dresdner Klinik trotz Ausübung dieser Operationen die höchste Zahl von Spontangeburten beim engen Becken erzielt hat. Was die sogen. prophylaktische Wendung und Extraktion anlangt, so wendet sich L. gegen die Bezeichnung prophylaktisch. In Wirklichkeit sei diese Operation beim engen Becken streng geboten. Er fragt mit Recht, was diejenigen, die diese Operation (ebenso die künstliche Frühgeburt) ausschalten wollen, dem Praktiker für die Fälle, in denen diese Operationen wirklich am Platze seien, gäben? Antwort: Da Sectio caesarea und Hebosteotomie nur in der Klinik möglich sind, das Abwarten einer Spontangeburt oder die Porforation

Digitized by Google

des lebenden oder des durch die lange Geburtarbeit absterbenden Kindes. Bei richtig beurtheilten Raumverhältnissen und bei richtig gewähltem Zeitpunkte (über dessen Bestimmung sich L. leider nicht näher äussert) sind hier Wendung und Extraktion in der That segensreiche Operationen, sie füllen hier in der That eine Lücke aus, sogar für die Klinik; ist es doch nicht jedermanns Sache, sich durch Hebosteotomie oder Kaiserschnitt entbinden zu lassen. Ganz ebenso verhält es sich mit der künstlichen Frühgeburt; wenn Baisch dabei (allerdings in nur 8 Fällen) 75% *todte* Kinder erhalten hat, so weist ihm L. nach, dass in mindestens 6 Fällen grobe Missgriffe stattgefunden haben (Kinder von 2200 g bis herab zu 1200 g kamen zur Welt!). Andere Autoren haben umgekehrt 80% und mehr *lebende* Kinder bei 0—1% mütterlicher Mortalität, wogegen diese bei Hebosteotomie 2.7%, bei Kaiserschnitt 4.9% in Dresden beträgt. Durch Reformbestrebungen im Sinne Baisch's, die, wie L. zahlenmässig nachweist, weder genügend begründet sind, noch einer ernsten Kritik Stand zu halten vermögen, würden die praktischen Aerzte nur irre geleitet werden. Es sei überhaupt schwer zu beklagen, dass von einer Anzahl hypermoderner Autoren gegenwärtig eine Scheidung der Geburthülfe in eine klinische und eine praktische angestrebt wird.

R. Klien (Leipzig).

650. **Ueber Dammschutz;** von Dr. Max Samuel in Strassburg i. E. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXVIII. 1908.)

S. empfiehlt auf Grund guter Erfahrungen angelegentlichst den Hinterdammgriff nach Ritgen-Fehling, und zwar in der Wehenpause und in Rückenlage an Stelle der meist geübten sogen. Dammunterstützung, deren Nachtheile und Wirkungslosigkeit schon von B. S. Schultze gekennzeichnet worden sind. R. Klien (Leipzig).

651. **Dammschutz bei Geburten;** von Dr. Carl Rindfleisch. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 11. 1908.)

R. hat durch die Firma *Alexander Schädel* in Leipzig ein Instrument, ähnlich einer Maurerkelle, zum Dammschutz herstellen lassen. Diese Dammschutzplatte wird nach Zwischenlegen eines geeigneten Polsterkissens gegen den Damm angedrückt, wobei das Frenulum sichtbar bleiben muss. Während der Schulterentwickelung hält die Hebamme das Instrument. R. ist mit den erzielten Erfolgen sehr zufrieden. R. Klion (Leipzig).

652. **Ueber drei seltene Formen von Blutungen unter der Geburt** *(intrauterine Blutung bei Blasenmole, Blutung bei abnormer Gerinnselbildung nach Ausstossung der Placenta, Blutung nach Durchreissung von Vasa praevia) nebst einigen Bemerkungen über die Vorbereitung der Studirenden für die Behandlung puerperaler Blutungen;* von Prof. Hugo Sellheim in Tübingen. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 12. 1908.)

1) *Intrauterine Blutung bei Blasenmole.* Zeichen schwerer intrauteriner Blutung. Der 3 cm lange Cervikalkanal war für einen Finger gerade durchgängig, auf der rechten Seite eine tiefe Narbe. Der Cervix wurde im Narbengewebe soweit eingeschnitten, dass 2 Finger in die Uterushöhle eindringen konnten. Ausräumung des Uterus wesentlich unterstützt durch Druck von aussen, Auswischen mit Stieltupfern, Ausspülung mit Chlorwasser, Tamponade, Naht der Incisionswunde. Glatte Heilung. Die Menge des Blutergusses betrug 2000 g, die Blasenmole wog ausserdem 300 g.

2) *Blutung bei abnormer Gerinnselbildung nach Ausstossung der Placenta.* Für die Diagnose der abnormen Gerinnselbildung als Ursache einer andauernden Blutung nach Ausstossung der Placenta liessen sich verwerthen: Der relativ starke Dickendurchmesser des Uterus, die spontane Ausstossung von Gerinnseln und die Möglichkeit, Gerinnsel aus dem Uterus auszudrücken bei gleichzeitigem Ausschluss einer Verletzung, eines tiefen Placentasitzes, einer Atonie aus einer Eihaut- oder Placentaretention. Nach manueller Ausräumung der Coagula und Ausspülung der Uterushöhle mit Chlorwasser hörte die Gerinnselbildung und Blutung prompt auf.

S. räth, jeder frisch Entbundenen beim Abschied den Uterus zu drücken, um etwaige Coagula nach aussen zu befördern.

3) *Blutung nach Durchreissung der Vasa praevia.* Direkt nach dem Blasensprung ziemlich starke Blutung, die bald definitiv zum Stehen kam. Nach 33 Stunden spontane Geburt einer kräftigen lebenden Frucht. Nach der Ausstossung der Placenta ergab sich, dass der Eihautriss durch eine ca. $^1/_8$ der Gesammtlichtung der Nabelvene haltende Vene der velamentös inserirten vorliegenden Nabelschnur ging. Der tiefergetretene Kopf hatte das verletzte Gefäss comprimirt und dessen baldige Thrombosirung herbeigeführt.

Bei Blutungen aus gerissenen Vasa praevia kann nach S. in der Regel nur die schleunige Entbindung das Kind retten.

Bei der Wichtigkeit der Blutungen unter der Geburt lässt S. die Studirenden einige Methoden der Behandlung am Phantom einüben, so das Lösen von Nachgeburtstheilen und Eihautfetzen, die bimanuelle Compression des Uterus, das Zuklemmen von Cervixrissen mit Pinces und die Tamponade des Uterus.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

653. **Cirkulärer Abriss der Vagina am Introitus;** von Dr. Alfred Weischer. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 34. 1908.)

W. beschreibt einen wohl einzig dastehenden Fall, in dem es bei einer Erstgebärenden zu einem cirkulären Abreissen der Scheide *im Introitus* gekommen ist. Der Riss hatte hinten als Längsriss begonnen, sich dann seitlich und schliesslich nach vorn fortgesetzt; hinten war er am tiefsten — die hintere Vaginalwand war bis zum Muttermund förmlich aufgerollt — vorn am seichtesten. Cirkuläre Naht, die aber später derb narbig anzufühlen war. — Aetiologisch kam in dem Falle in Betracht, dass die Frau fast während der ganzen Geburt *stand* oder *kniete*, und der bestehende *Hängebauch* somit auf die hintere Scheidenwand einen beträchtlichen Zug ausübte und dass der Scheideneingang sehr rigid war.

R. Klien (Leipzig).

654. **Spontanruptur des Uterus während der Gravidität;** von Dr. R. Reinecke. (Mittheil. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 10. p. 263. Sept. 1908.)

Der Fall ist dadurch interessant, dass in 2 aufeinanderfolgenden Schwangerschaften (das erste Mal im 7., das zweite Mal im 5. Monat) Ruptur eintrat und dadurch wichtig, dass er beweist, dass die Naht der completen Uterusruptur, die beim ersten Male per laparotomiam lege artis ausgeführt worden war, ein Dauergeschenk be-

Digitized by Google

deutet. Die erste Ruptur war wohl auf eine frühere Perforation bei Aborteurettage zurückzuführen. Das zweite Mal wurde die supravaginale Uterusexstirpation mit Erfolg ausgeführt. R. Klien (Leipzig).

655. **Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Uterusruptur;** von Dr. J. Hartmann in Jena. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 3. p. 393. 1908.)

H.'s Lehre läuft darauf hinaus, die conservative Behandlung, d. h. in der Regel die Tamponade, nur als provisorische Maassregel zu betrachten, an die sich nach event. Transport in eine Klinik die operative Behandlung anzuschliessen hat, wobei die vaginale Totalexstirpation mehr zu berücksichtigen sei wie bisher; denn diese Operation sei technisch leicht und befreie die Frau dauernd von der Gefahr einer späteren Narbenruptur. Es soll also die Behandlung einer im Privathause erfolgten Ruptur in 2 Theile zerfallen: der praktische Arzt tamponirt wegen der Verblutungsgefahr und der zugezogene Gynäkologe operirt, ganz ähnlich wie dieses längst Usus ist, bei einer Appendicitis, wo auch der zugezogene Chirurg die nothwendige Operation ausführt. — H. hat auf Grund von 18 Literaturfällen berechnet, dass die vaginale Totalexstirpation die gleichen Resultate zu geben vermag, wie die aussichtsvollste andersartige Therapie, nämlich über 80% Heilungen. — 4 Fälle aus der Jenenser Klinik werden ausführlich mitgetheilt.

R. Klien (Leipzig).

656. **Zu der Mittheilung des Herrn Dr. Góth: „Ein neuer Eingriff zur Behandlung der atonischen Nachblutungen";** von Dr. Georg Zickel. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 54. 1908.)

Z. hat den Góth'schen Handgriff — Emporheben des Uterus von aussen — einmal ausgeführt. Die Pat. collabirte vorübergehend, aus dem Uterus liess sich sofort viel Luft herausdrücken. Mithin liegt die *Gefahr der Aspiration* und Embolie von Luft bei dem Góth'schen Handgriff nahe; gegen die Blutung erwies er sich auch Z. als vortheilhaft.

R. Klien (Leipzig).

657. **Die Erfahrungen der Universitätsfrauenklinik an der Kgl. Charité über die Pubotomie;** von Prof. P. Kroemer. (Berl. klin. Wchnschr. XIV. 22. 1908.)

Von 53 bisher pubotomirten Frauen konnte K. 34 nachuntersuchen. Diese waren sämmtlich arbeitsfähig und frei von Gehstörungen, wenigstens von solchen, die man der beckenerweiternden Operation hätte zur Last legen können. Dabei befanden sich unter diesen Nachuntersuchten gerade die mit schweren Nebenverletzungen Behafteten. Zwei empfanden beim Heben schwerer Lasten Schmerzen in der Gegend der Pubotomiewunde. Mässige Beschwerden gab über die Hälfte der Frauen an, jedoch bezogen sich diese mehr auf die inneren Genitalien, allgemeine Schwäche, Kreuzschmerzen und Aehnliches. 5mal wurden aber Störungen der Urinentleerungen im Sinne einer geschwächten Continenz constatirt, bei 2 Frauen war trotz geheilter Blasenscheidenfistel ein Fehlen der inneren Blasensphinkterfunktion festzustellen! Die Heilung dieser anscheinend typischen Pubotomieverletzung betrachtet K. als nächste zu lösende Aufgabe. — Im Ganzen hatten sich bei den 41 durch Kunsthülfe beendeten Geburten 7 zum Theil schwere Zerreissungen der Blase oder der Harnröhre (=17%) und 19mal grössere Verletzungen des Genitalschlauches im Bereiche der Knochenwunde ereignet. Bei 12 Spontangeburten erfolgten dagegen nur bei 3 Erstgebärenden unbedeutende Weichtheilrisse. Stichverletzungen der Blase ereigneten sich 3mal, die sämmtlich in wenigen Tagen zur spontanen Heilung kamen (Verweilkatheter). Bumm hält deshalb an der rein subcutanen Pubotomie mit seiner scharfen Nadel, Einführung von unten her, fest. Hämatome wurden in der letzten Zeit nicht mehr beobachtet, seitdem stets feste Vaginaltamponade und cirkulärer Druckverband zur Anwendung kommen. — Als untere Grenze gelten für jede Art Becken 7.5 cm Conj. vera. Unterhalb dieser Grenze beginnt das Gebiet der Sectio caesarea extraperitonaealis. Eine einzige Frau starb am 14. Wochenbettstage an einer embolischen Pneumonie. Dagegen wurden nur 49 = 92.4% Kinder lebend geboren, 46 = 86.6% lebend entlassen. 3 starben an Bronchitis, bez. Bronchopneumonie, ein Wink, nicht allzu lange mit der Operation zu warten. Erweiterung des Muttermundes soll allerdings stets abgewartet werden. Eine weitere Voraussetzung ist gute Wehenkraft, ausreichend zur Spontangeburt. Contraindikationen sind Nabelschnurvorfall, drohende oder wahrscheinliche Infektion der Mutter, Weichtheilverengungen und Eklampsie. Ein sehr wichtiges Resultat der Nachuntersuchung war die bei der Mehrzahl constatirte *dauernde Beweglichkeit der Knochennarbe.* Nur bei 5 von den 34 Frauen schien die Vereinigung eine knöcherne zu sein. 9 Frauen gebaren nach der Pubotomie wieder: 6 spontan, 2 mussten wegen Nabelschnurvorfall künstlich entbunden werden, nur 1 musste zum 2. Male pubotomirt werden. R. Klien (Leipzig).

658. **Die Erfolge und Dauererfolge der Hebosteotomie an der Kieler Universitätsfrauenklinik;** von Dr. O. Hoehne. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 497 u. 498. 1908.)

20 Fälle sind in ausführlichen Tabellen mitgetheilt. Die Technik war anfänglich die Döderlein'sche, später die Kroemer'sche subpubische mit Bumm'scher Nadel. 1 Mutter starb an schon vor der Operation bestehender Staphylokokkeninfektion, sie hätte sollen von der Operation ausgeschlossen werden. Ebenso starb 1 Kind am 2. Lebenstage an einem diffusen intracraniellen Bluterguss, in Folge der vorausgeschickten hohen Zange. H. hält daher hohe Zange und Hebosteo-

Digitized by Google

tomie vice versa für unvereinbar. — Von Complikationen wurden nur einige geringe Hämatome beobachtet, nie eine Blasenverletzung, dank der angewandten Technik, auch keine nachträgliche Zerreissung beim Klaffen der Knochenwunde; die Blase war aber stets mobilisirt worden. Dagegen ereigneten sich 7 communicirende Scheidenrisse, die jedoch alle nach primärer Naht heilten. Es stellte sich heraus, dass die Risse fast nur bei allgemein verengten Becken, also bei engem Beckenausgang, und bei Unnachgiebigkeit der Weichtheile sich ereignet haben, und zwar dann, wenn nach Döderlein operirt worden war. Bei der Methode Kroemer wurde dagegen keine Risscomplikation beobachtet, auch nicht, wenn sofort die künstliche Entbindung angeschlossen wurde. — Die Morbidität war hoch, 53%. H. fordert Ausschluss aller auf Infektion verdächtigen Frauen. Die Dauerresultate waren bezüglich des Ganges und der Arbeitfähigkeit sämmtlich gute. Ein Knochenspalt fand sich nach $^1/_2$—$2^3/_4$ Jahren bei 8 Nachuntersuchten nicht; geboren hat noch keine wieder.

R. Klien (Leipzig).

659. **Zur Indikationsstellung bei der Pubotomie;** von E. Bumm. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 19. 1908.)

B. tritt gegenüber Peham (Klinik Chrobak), der die Ausführung der Pubotomie bei normalem Becken und zu grossem hartem Kindskopf missbilligt, lebhaft dafür ein, dass an Kindern der radikale Conservatismus eingeführt werden soll. Es würde eben zukünftig eine Geburtshülfe der Klinik und eine des praktischen Arztes geben und es wäre kein Unglück, wenn dem Praktiker die Lehre aus der Schule mitgegeben würde, dass seine Kunst für die Fälle schwerer Störungen bei engem Becken nicht mehr ausreichend ist und er deshalb, wie es in vielen chirurgischen Fällen ja auch geschieht, und in grösseren Städten auch bei Geburten üblich ist, die Beihülfe eines Specialarztes suchen soll. R. Klien (Leipzig).

660. **Zur Frage der Heilung der Hebosteotomiewunde;** von Dr. Oberndorfer. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 7. 1908.)

Anschsinend der erste Fall, in dem eine Hebosteotomiewunde längere Zeit nach Ausführung der Operation *histologisch* untersucht worden ist. Bisher nahm man, gestutzt auf Radiogramme, an, dass die anfänglich bindegewebige Heilung später knöchern werde. In dem Falle O.'s zeigte das Röntgenbild, das 14 Monate nach der Operation aufgenommen wurde, zunächst ebenfalls eine fast völlige Ausfüllung des Spaltes mit Knochengewebe; bei einer leichten Drehung des Präparates wurde jedoch der Sägespalt als helle Linie deutlich und die histologische Untersuchung ergab, dass die innerste Partie des Spaltquerschnittes in einer Breite von 1 mm aus fibrillärem, kernarmem Bindegewebe bestand, zu dessen beiden Seiten sich knochenwärts je ein schmaler Saum Knorpelgewebe ansetzte. — Es sind mithin Angaben über knöcherne Vereinigung von Hebosteotomiewunden auf Grund von Röntgenbildern mit Misstrauen aufzunehmen, da durch die Projektion der überhängenden sich aufbäumenden Ränder in den Spalt leicht Irrthümer entstehen. Bindegewebige Vereinigung dürfte die fast ausnahmelose Regel sein. Inwieweit dadurch spätere Spontangeburten ermöglicht werden, bleibt zur Zeit noch eine offene Frage, jedenfalls ist eine Interposition von Gewebe in den Spalt (Reifferscheidt) behufs Verhütung knöcherner Heilung nicht nöthig. R. Klien (Leipzig).

661. **Der „extraperitoneale" und der „suprasymphysäre" Kaiserschnitt;** von M. Hofmeier. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 29. 1908.)

Auf Grund zweier Fälle machte H. darauf aufmerksam, dass ein *wirklich extraperitonäales* Operiren durchaus *nicht immer möglich* ist, denn oft weist die Umschlagstelle des Peritonaeum so weit nach unten, dass man transperitonäal vorgehen muss. Dann soll man aber, entgegen Fromme, in unreinen Fällen die provisorische Vernähung von parietalem und visceralem Peritonaeum bestehen lassen. H. zieht sagittale Schnittführung in allen Schichten vor; event. wäre der Uterus quer zu eröffnen —, ebenso will H. stets den unteren Wundwinkel drainiren. Für den alten klassischen Kaiserschnitt kann die neue Operation jedoch kein Ersatz sein. Soll nämlich die Operation im Sinne Sellheim's wirklich extraperitonäal ausgeführt werden, so muss dazu der „distrahirte" Theil des Uterus sehr erheblich sein, mit anderen Worten der Contraktionring muss schon sehr hoch stehen. So lange wird man aber in Fällen von klassischem Kaiserschnitte im Interesse des Kindes nicht warten. Dagegen hat H. einmal den Schnitt beim klassischen Kaiserschnitt mit gutem Erfolge sehr tief gelegt, so dass er etwa durch den Kontraktionring halbirt wurde. Vielleicht ist dieser Schnittlegung der Vorzug vor der hochcorporealen zu geben.

R. Klien (Leipzig).

662. **Extraperitonäaler Kaiserschnitt;** von Dr. Adam Czyzewicz jun. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 25. 1908.)

Ein glücklicher Fall von rein extraperitonäalem Kaiserschnitt bei einer esteomalacischen (!) Frau, die vorher wiederholt innerlich untersucht worden war. Klare Schilderung der topographisch-anatomischen Verhältnisse. Cz. plädirt für *Längs*schnitt an Stelle des Fascienquerschnittes, da ersterer besseren Ueberblick gewährt und Cz. nach letzterem des öfteren ausgebreitete subfasciale Eiterung erlebt hat. R. Klien (Leipzig).

663. **Kardiopathie und Schwangerschaft;** von Ödön Tuszkni in Budapest. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 407. Dec. 1905).

T. war in seinen Beobachtungen bestrebt, womöglich früh jene Anzeichen zu finden, die es bei, mit Herzleiden complicirten, Schwangerschaften gestatten, zur rechten Zeit mit grösstmöglichster Sicherheit die Prognose zu stellen und daraufhin unsere Pflicht und unser Verfahren streng zu umschreiben. T.'s eigene Beobachtungen beziehen sich nur auf 16 Fälle und nur von 8 Fällen ist er im Besitze genauer Daten.

Seine Ergebnisse fasst er in folgenden Sätzen zusammen: „1) Der Puls ist während der Schwangerschaft anders als normal, da er gegen Mitte derselben, oft sogar am Anfange seine normale Labilität verliert. 2) Das Verschwinden der Labilität

begleitet von einer Steigerung des Blutdruckes und Vergrösserung der Herzdämpfung, ist aller Wahrscheinlichkeit nach ein Zeichen der normalen Herzhypertrophie der Schwangerschaft. 3) Die Schwangerschaftsniere giebt wahrscheinlich die diagnostischen Zeichen der Uebertreibung der obigen Symptome. 4) Eine Vergrösserung der Herzdämpfung in Gesellschaft einer Erniedrigung des Blutdruckes und Wiederkehr, resp. Steigerung der Labilität des Pulses ist das Zeichen der Mitralinsufficienz (Dilatation). 5) Die Bradykardie im Wochenbette, Anasarca und Varikosität sind in den meisten Fällen Consequenzen der in 4) besprochenen Zustände. 6) Die Prognose der Schwangerschaft bei Herzleidenden gestaltet sich auf Grund des in der Literatur publicirten grossen Materials und auf Grund meiner Beobachtungen nach dreierlei Gruppirungen."

In die erste Gruppe gehören nach T. jene Fälle, in denen das Herzleiden schon vor der Schwangerschaft bestand. In die 2. Gruppe jene Fälle, in denen das Herzleiden durch die Schwangerschaft als Gelegenheitsmoment hervortritt, während es bis dahin nur in latentem Zustande vorhanden war. Die dritte Gruppe umfasst die Fälle, in denen ein besonderes Schwangerschaftherz vorhanden ist.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

664. **Valvular disease of the heart complicating pregnancy and labor;** by F. S. Newell, Boston. (Surg., Gyn. a. Obst. IV. 5; May 1907.)

N. berichtet über folgende 3 Fälle.

1) Zum 6. Male (im 7. Monate) schwangere Frau mit Mitralinsufficienz und wahrscheinlich primärer Mitralstenose. Vor 10 Monaten erste Zeichen der Compensationstörung, seit Beginn der Schwangerschaft wesentlich zunehmend. Vor Eintritt in das Hospital 6 Wochen bettlägerig. Status: Sehr anämische Frau. Beschleunigte angestrengte Athmung. Herzaktion 140, Radialpuls 112. Herzdämpfung stark verbreitert. Lautes systolisches Geräusch über der ganzen Brust. Mässiges Lungenödem; stärkeres Oedem der Bauchhaut und der Extremitäten. Fundus uteri 3 Querfingerbreit über Nabelhöhe. Nach 48 Stunden abwartender und stimulirender Behandlung wurde, da der Zustand sich verschlechterte, in Aethernarkose die Erweiterung des Gebärmutterhalses mit der Hand und Wendung in 16 Minuten ausgeführt. Die Frau starb vor Beendigung der Operation, das dürftige, 1125 *g* schwere Kind einige Stunden später.

2) 25jähr. Erstgebärende. Im 6. Monate der Schwangerschaft Zeichen von Compensationstörung: Puls 140. Herzdämpfung verbreitert. Präsystolisches Geräusch an der Spitze. Ausgesprochene Dyspnöe und geringes Lungenödem. Auf Ruhe, Digitalis und Strychnin Compensation wieder hergestellt; guter Verlauf der weiteren Schwangerschaft. 12 Stunden nach Wehenbeginn völlige Erweiterung des Muttermundes. 3 Stunden später Collaps, Cynose, Entwickelung von Lungenödem. 1. Schädellage a. Kopf auf dem Beckenboden. Ohne Narkose Zangenentbindung. Schnelle Erholung und glattverlaufendes Wochenbett.

3) 35jähr. Erstgebärende. Anamnese: Gelenkrheumatismus, Endometritis mit folgender Aorteninsufficienz. Relativ glatter Verlauf der Schwangerschaft. N. sah Pat. 48 Stunden nach Wehenbeginn. Sie hatte wiederholt Morphium bekommen. Pat. war wohlgenährt. Deutliche Vergrösserung des Herzens. Lautes systolisches Geräusch über der Aortengegend. Puls 125, klein. Stark contrahirter Uterus. Deutlicher Contraktionsring. Unteres Uterinsegment stark verdünnt. 2. Schädellage b. Muttermund nur $^5/_4$ cm weit geöffnet. In Aethernarkose Erweiterung des Gebärmutterhalses mit der Hand, Drehung des Hinterhauptes, Zangenextraktion. Lebendes Kind, starb nach 5—6 Stunden. Mutter, am Ende der Operation collabirt, erholte sich wieder, starb aber nach 4—5 Stunden.

Diese Fälle lehren Folgendes: Jede Frau mit Herzfehler, auch wenn dieser gut compensirt ist, bedarf während der Schwangerschaft ärztlicher Ueberwachung. Tritt Schwangerschaft ein bei ungenügender Compensation des Herzfehlers, so empfiehlt sich die sofortige Entleerung der Gebärmutter. Wenn ein vorher gut compensirtes Herz während der Schwangerschaft versagt, kann versucht werden durch Ruhe und geeignete Behandlung die Compensation wieder herzustellen. Sind aber diese Maassnahmen ohne sofortigen Erfolg, so ist die Unterbrechung der Schwangerschaft nöthig. In jedem Falle von organischem Herzfehler, auch nach normalem Schwangerschaftverlaufe, muss die Geburt Besorgniss erregen und muss möglichst abgekürzt werden, und zwar muss die operative Beendigung möglichst eintreten, bevor es zur akuten Dilatation des Herzens kommt.

J. Praeger (Chemnitz).

665. **Experimentelle und klinische Studien über die Graviditätstetanie;** von Dr. L. Adler und Dr. H. Thaler in Wien. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 194. 1908.)

A. und Th. theilen 2 Krankengeschichten aus der Schauta'schen Klinik mit. Im 1. Falle handelte es sich um eine Tetanie, die intra partum auftrat, bei der aber ein Zusammenhang zwischen Uteruscontraktionen und tetanischen Erscheinungen nicht beobachtet werden konnte; im 2. Falle um eine Laktationtetanie.

Vassale und Generali haben 1897 zuerst die Bedeutung der Epithelkörper für die Pathogenese der Tetanie erwiesen. Die Erkenntniss des innigen Zusammenhanges zwischen Tetanie und Epithelkörpern fusst hauptsächlich auf Beobachtung des tetanischen Krankheitbildes als unmittelbarer Folge experimenteller Epithelkörperläsionen bei verschiedenen Thieren. Diese Versuche konnten jedoch nur die Pathogenese der postoperativen Tetanie klarstellen und vielleicht auch die Auffassung der Tetanie als Folge der Störung der Epithelkörperfunktion überhaupt hinlänglich stützen.

Zur Erforschung der eigentlichen Pathogenese der Graviditättetanie stellten A. und Th. Thierversuche an; als geeignete Versuchsthiere erwiesen sich Ratten.

In einer 1. Versuchsreihe sollte festgestellt werden, ob in der That gravide Thiere auf Schädigung der Epithelkörper stärker reagiren als nichtgravide Thiere. Alle 6 Versuche bestätigten die Annahme, dass gravide Thiere dem Tetaniegift gegenüber weniger resistent sind als nichtgravide

und machten einen Zusammenhang der Epithelkörper mit der Graviditättetanie höchst wahrscheinlich.

Weitere Versuche stellten A. und Th. an nicht graviden Thieren an. Sie operirten ausserhalb der Gravidität und warteten das Eintreten von neuen Graviditäten und die Folgen dieser für die parathyreoidektomirten Thiere ab, und suchten so einen Zustand zu schaffen, der ungefähr dem klinischen Bilde von Graviditättetanie nach Strumaoperationen beim Menschen entspricht. Nach völliger Zerstörung beider Epithelkörper verfielen die Versuchsthiere in einen Zustand schwerster tetanischer Kachexie und verloren für längere Zeit das Conceptionvermögen. A. u. Th. waren deshalb darauf bedacht, nicht zu viel Epithelkörpersubstanz zu zerstören, damit die Thiere nur vorübergehend an postnperativer Tetanie erkrankten, dann aber gesund wurden und unter gewöhnlichen Umständen überhaupt keine manifesten Tetaniesymptome zeigten. Bei einer grösseren Anzahl von Thieren wurde schliesslich noch weniger Epithelkörpersubstanz zerstört, so dass postoperativ gar keine Tetanie auftrat.

Alle Thiere, die postoperative Tetanieerscheinungen gezeigt hatten, erkrankten während späterer Graviditäten an Tetanie. Die Constanz des Auftretens der Tetanie während der Gravidität, nachdem die postoperativen Erscheinungen schon abgeklungen waren, hatte etwas geradezu Gesetzmässiges. Auch sämmtliche Thiere, bei denen weniger Epithelkörpersubstanz zerstört war und die keine postoperativen Tetaniesymptome gezeigt hatten, erkrankten während aller bei ihnen beobachteten Graviditäten an Tetanie. *Es war also A. u. Th. in der That gelungen, experimentell jenen Hypoparathyreoidismus zu erzielen, bei dem die Gravidität das auslösende Moment für die Tetanie darstellt!*

Während der Laktation wurden von A. u. Th. bei keinem Versuchsthier Tetanieerscheinungen beobachtet. Als Symptom der Tetanie im Sinne eines Zeichens von trophischer Störung beobachteten sie regelmässig bei ihren Versuchsthieren Haarausfall; mit dem Aufhören der Tetanie nahm auch der Haarausfall sein Ende, und die Haare wuchsen dann rasch wieder nach.

A. u. Th. heben am Schluss ihrer Abhandlung hervor, dass es ihnen durch ihre Thierversuche gelungen ist, den geradezu gesetzmässigen Zusammenhang zwischen Epithelkörper und Graviditättetanie in einer grossen Zahl von Fällen nachzuweisen. Ausserdem glauben sie den Beweis geführt zu haben, dass die Graviditättetanie auf einem Hypoparathyreoidismus beruht. Durch dieses gesetzmässige Verhalten und durch die Gemeinsamkeit der Symptome mit der idiopathischen Tetanie erscheint ein Weg gewiesen, der Klärung der Auffassung der idiopathischen Tetanie überhaupt näher zu treten.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

666. **Lokalisation der vom weiblichen Geschlechtsorgan ausgehenden hämatogenen Hauterkrankungen;** von Dr. M. Schein. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 4. 1907.)

Nach einer allgemeinen Einleitung bespricht Sch. den seltenen Impetigo herpetiformis der Schwangerschaft, erklärt ihn als Pyämie und die Lokalisation an der Bauch- und Brusthaut, an den Brüsten, in den Achselhöhlen und Hüftbeugen durch den Zusammenhang der diese Gebiete versorgenden Blutgefässe mit den uterinen. Aehnlich sei es beim Erythema menstruale.

R. Klieu (Leipzig).

667. **Das Aufstehen der Wöchnerinnen in den ersten Tagen des Wochenbettes;** von Dr. v. Alvensleben. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 36. 1908.)

Auch in der Kieler Klinik hat man mit dem Frühaufstehen der Wöchnerinnen sehr gute Erfahrungen gemacht. Contraindikationen sind: septische oder gonorrhoische Infektion oder Infektionverdacht und schwere Entbindungen mit stärkeren Verletzungen der Weichtheile. Vorbereitet wird das frühe Aufstehen durch gymnastische Uebungen im Bett. Von 100 Wöchnerinnen verliessen bereits 3 am 1. Tage das Bett, 61 am 2., 19 am 3. und 18 am 4. Tage. Die Morbidität betrug 10% gegen 17% sonst; die Lochien pflegten, nachdem sie in den ersten Tagen wohl in Folge günstiger Abflussbedingungen etwas reichlicher als sonst gewesen waren, rasch abzunehmen. Vom 4. bis 6. Tage ab Lochia alba, am 10. Tage nur noch ganz geringe Absonderung. Ueberraschend war die vorzügliche Rückbildung der Genitalien und die starkausgesprochene Anteversionstellung des Uterus mit gleichzeitiger Horizontalstreckung der Scheide. Beides wichtige Umstände, auch bezüglich der Verhütung von Prolapsen. Nie war Katheteranwendung nöthig. Das subjektive Befinden war vorzüglich.

Die Frage, ob das Frühaufstehen auch in der Aussenpraxis eingeführt werden soll, beantwortet v. A. dahin, dass Frühaufstehen, wenn es nicht mit Früharbeiten identificirt wird, nur gut sein wird.

R. Klien (Leipzig).

668. **Die Unterscheidung der Streptokokken durch Blutnährböden;** von Dr. F. Freymuth. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 3. p. 544. 1908.)

F. untersuchte 26 Stämme aus der Vagina *gesunder* Schwangerer und einen Stamm pathogener Streptokokken bezüglich ihres Verhaltens gegenüber bluthaltigen, sowohl festen wie flüssigen Nährböden, und kam zu folgenden hauptsächlichen Resultaten, die in Tabellen ausführlich niedergelegt sind:

„Dieselben Colonien eines sicher pathogenen Stammes machten bei derselben Versuchsanordnung sowohl Hämolyse, als auch liessen sie den festen Blutnährboden unverändert. Genau eben so verhielten sich sicher apathogene Stämme. Ein aus derselben Colonie fortgezüchteter apathogener wie auch der genau so behandelte pathogene Streptokokkenstamm zeigten in ihrem hämolytischen Verhalten gegenüber den verwendeten Blutnährböden keine Constanz.

Die *Hämolyse* in festen und flüssigen mit Streptokokken besäten Blutnährböden ist somit *kein* zuverlässiges Mittel zur Unterscheidung der pathogenen und apathogenen Streptokokken."

R. Klien (Leipzig).

669. **Die Bedeutung der hämolytischen Streptokokken für die puerperale Infektion;** von Dr. Th. Heynemann in Halle a.d.S. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 61. 1908.)

Erst durch die bakteriologischen Blutuntersuchungen wurde die überwiegende ätiologische Bedeutung des Streptococcus für die allerschwersten puerperalen Infektionen sichergestellt, und zwar handelt es sich dabei um den *hämolytischen* Streptococcus. Die Eigenschaft der Hämolyse soll den Streptokokken, die sich bei weniger schwer verlaufenden Krankheitprocessen finden, fehlen. (Schottmüller.) H. stellte Nachuntersuchungen hierüber an mit Blut und Lochien von 125 fiebernden Wöchnerinnen. Als geeignetsten Nährboden benutzte er die 2:5 Blutagarplatte nach Schottmüller. In 22 Fällen fand H. den hämolytischen Streptococcus im Lochialsekret. Zu diesen 22 Fällen gehörten die einzigen 4 Todesfälle, die unter den 125 Fällen sich ereigneten und zwar kennten in diesen Fällen, aber *nur* in diesen, die Streptokokken *auch im Blute* in grossen Mengen nachgewiesen werden. Die 18 übrigen Fälle boten durchweg schwere und in mancher Beziehung auch charakteristische klinische Erscheinungen. Bei allen Kranken, bis auf 2, stieg die Temperatur plötzlich hoch an bis auf 39—41° und gleichzeitig schnellte der Puls auf 126—140 in die Höhe. Regelmässig fehlten subjektive Beschwerden trotz des häufig recht schweren Allgemeinzustandes; fast nie bestanden peritonitische Erscheinungen. In den typisch verlaufenden 14 Fällen von Endometritis fielen Temperatur und Puls nach 1—2—3 Tagen plötzlich zur Norm ab; verhältnissmässig oft aber traten ähnlich verlaufende Recidive nach 3—7 Tagen ein. Im Uebrigen zeigten die mit dem hämolytischen Streptococcus Inficirten klinisch nichts Gemeinsames; das Fieber begann zwischen dem 2. und 10. Wochenbetttage, ein Theil der Kranken zeigte Beläge der Portio, der Wochenfluss war meist rein, blutig bisweilen, aber auch schmutzig und riechend, je nach gleichzeitiger Anwesenheit anderer Keime. Diese anderen Keime fanden sich weniger oft im Uterus, öfter im Vaginalsekret. — Sämmtliche 18 Fälle gingen in *Heilung* über, *einfach bei Bettruhe, Eisblase, Ergotin!* Wie viele solcher Kranken sind angeblich durch Antistreptokokkensera geheilt werden! Bei den 4 Kranken, bei denen sich die hämolytischen Streptokokken auch im Blute fanden, hatte weder die subcutane, noch die intravenöse, bez. bei Peritonitis die intraperitonäale Einverleibung von 500—1000 Einheiten Höchster Serum pro dosi den tödtlichen Verlauf aufzuhalten vermocht; höchstens war hier und da eine vorübergehende Besserung eingetreten.

12 Fälle, in denen sich *nicht hämolytische* Streptokokken fanden, verliefen viel leichter; das Fieber stieg höchstens bis 39°, der Puls höchstens bis 112; nie traten Recidive auf, nie eine Allgemeininfektion, nie Parametritis.

Versuche, die anderen gefundenen Keime bezüglich ihrer ätiologischen Bedeutung für das Fieber zu beurtheilen, stiessen auf die grössten Schwierigkeiten; vorläufig muss man alle diese Infektionen noch unter dem Sammelnamen der *Saprämie* zusammenfassen. Dazu gehören die Staphylokokken, die Colibakterien, die Pseudodiphtheriebacillen, der Friedländer'sche Kapselbacillus.

Es ist nach dem Gesagten dem Nachweis der hämolytischen Streptokokken bei den puerperalen Infektionen eine gewisse praktische Bedeutung kaum abzusprechen, besonders dann, wenn ihr Nachweis im Blute gelingt. Es ist aber nicht zu übersehen, dass jene Streptokokken im Lochialsekrete *auch gefunden* werden können, *ohne dass sie für den Menschen hochvirulent zu sein brauchen.* So fand H. selbst in 31 von 50 Fällen *bei fieberfreien Wöchnerinnen* hämolytische Streptokokken, sowohl im Scheiden- wie im Uterussekret! *Negativ* war das Resultat bei 20 normalen *Schwangeren.*

Bezüglich der praktischen Technik genügt es nach H., das Sekret einfach mit der Platinöse aus dem unteren Theil der Scheide zu entnehmen. In 8—12 Stunden sind die Colonien gewachsen. — Die Frage nach der Arteinheit der Streptokokken muss auch H. offen lassen. R. Klien (Leipzig).

670. **Emploi de l'oxygène dans l'infection puerpérale;** par P. Reynier. (Acad. de Méd. Séance du Oct. 13. 1908.)

Die Therapie der puerperalen Infektion ist bekanntlich an Mitteln nicht arm, die oft sehr gute Erfolge geben und oft wieder vollständig im Stiche lassen. R. fügt noch ein Neues hinzu, nämlich den Sauerstoff in gasförmigem Zustande, den man durch einen Doleris'schen Spülkatheter in die Uterushöhle einleitet. Die Sonde bleibt liegen und auf diese Weise wird continuirlich die Schleimhaut der Gebärmutter und der Scheide von Sauerstoff bestrichen, wodurch eine deletäre Wirkung auf die anaëroben Mikroorganismen, die bei diesen Infektionen verwalten, ausgeübt wird. Keine antiseptische Waschung soll so gute Erfolge geben, wie diese Sauerstoffeinleitung. E. Toff (Braila).

Digitized by Google

671. **Experimenteller Beitrag zur operativen Behandlung der akuten puerperalen Peritonitis;** von Dr. W. Zangemeister in Königsberg in Pr. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 3. p. 510. 1908.)

Z. weist durch Experimente an Mäusen nach, dass durch die gleichzeitige Entfernung des Infektionherdes und die Anwendung von Antistreptokokkenserum die bei Weitem besten Resultate betreffs Erhaltung des Lebens erreicht werden. Demgemäss hofft Z., dass, wenn wir erst einmal ein vom Affen stammendes, für den Menschen wirksames Antistreptokokkenserum haben werden, durch dieses in Verbindung mit der abdominalen Totalexstirpation von Uterus und Adnexen eine Heilung von puerperalen Bauchfellentzündungen möglich sein wird. R. Klien (Leipzig).

672. **Kritik der prämonitorischen Symptome der Thrombose und Embolie;** von Dr. Nacke. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 33. 1908.)

N. ist auf Grund von ca. 5000 Geburtgeschichten des Wöchnerinnenasyles am Urban in Berlin, bez. der Beobachtung von 40 einschlägigen Fällen zu dem Resultat gekommen, dass es *keine sicheren* prämonitorischen Symptome für Thrombose und Embolie giebt, man müsse sich darauf beschränken, bei vorhandener Thrombose die Embolie durch langes Bettliegen zu verhüten. Gerade die Frauen mit tödtlich verlaufenen Embolien hatten völlig normale Wochenbetten durchgemacht und der Tod war plötzlich beim ersten Aufstehen erfolgt.

R. Klien (Leipzig).

673. **Der Nabelkegelpuls;** von F. Ahlfeld. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 3. p. 458. 1908.)

A. macht darauf aufmerksam, dass bei einem tief scheintodten Kinde das noch bestehende Leben viel leichter aus dem Nabelkegelpuls zu erkennen sei als aus dem Herzschlage. R. Klien (Leipzig).

674. **Beitrag zur Behandlung der Asphyxie Neugeborener;** von Dr. J. Jerie. (Časopis lékařuo českých p. 907. 1908.)

F. erzielte in 3 Fällen gute Resultate dadurch, dass er zunächst Wiederbelebungsversuche nach Prochownick und Harvie vornahm und dann erst abnabelte, wobei dem Kinde der Sauerstoff des Reservebhutes zu Gute kam. Nur bei Indikationen seitens der Mutter (Blutung, Placentalösung) und kurzer Nabelschnur soll sofort abgenabelt werden. G. Mühlstein (Prag).

675. **Ueber den Einfluss des Selbststillens der Mütter auf die Neugeborenen in den ersten Lebenstagen;** von Dr. Franz Dürig in Nürnberg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 2. p. 224. 1908.)

Auf Grund von etwa 1200 Geburtgeschichten aus der Würzburger Universität-Frauenklinik hat D. die Zahl der ausschliesslich selbststillenden, der nur zum Theil selbststillenden und der gar nicht selbststillenden Mütter festgestellt. Ausserdem wurde der Einfluss dieser verschiedenen Ernährungsweisen auf das Körpergewicht der Frucht von D. untersucht.

Von 1188 Wöchnerinnen konnten ihr Kind selbst ernähren 945 oder 79.6%, nicht ausreicheud stillen konuten 156 odor 13.1%, gar nicht in der Lage zu stillen waren im Ganzen 87 oder 7.3%.

D. ordnet die einzelnen Kategorien je nach der Höhe des Procentsatzes, in dem die zugehörigen Kinder ihr Anfangsgewicht während ihres Aufenthaltes in der Klinik erreicht oder überschritten hatten. An erster Stelle kommen hier die an der Brust ernährten Kinder mit 68.9%, demnächst die mit gemischter Kost ernährten mit 51.3%, endlich die Flaschonkinder mit nur 49.4%. Bei den aus normalen Geburten hervorgegangenen Kiudern ergeben sich keine sehr erheblichen Unterschiede; bei Brustkindern fand D. 69.5%, bei mit gemischter Kost ernährten 55.2% und bei Flaschenkindern 52.0%. Viel augenfälliger zeigt sich der Einfluss der Ernährungsart bei frühreifen Kindern: Brustkinder 51.1%, gemischt ernährte Kinder 22.2% und Flaschenkinder 0%, und ferner auch bei Zwillingskindern: Brustkinder 80%, gemischt ernährte Kinder 33.3% und Flaschenkinder 0%.

Die höchste Zahl erreichten auffallendor Weise die an der Brust ernährten Kinder alter Erstgebärender mit 89.5%, nach ihnen kommen die an der Brust ernährten Kinder Vielgebärender mit 77.8% und dann diojonigen Mehrgebärender mit 69.0%.

D. fasst das Ergebniss seiner Arbeit in folgendem Satzo zusammen:

„Es besteht ein unverkennbarer Einfluss der Art der Ernährung auf das Gedeihen des Säuglings; am wenigsten bemerkbar, wenn auch immerhin deutlich, ist dieser Einfluss bei gesunden, kräftigen Kindorn, am augenfälligsten und am meisten beweisend aber bei frühreifen oder schwächlichen (Zwillings-) Kindern."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

676. **Zur Physiologie des Wachsthums und der Entwickelung des kindlichen Organismus;** von Dr. A. O. Karnitzky. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 4. p. 462. 1908.)

Beobachtungen an einem eigenen Kinde. Ergebnisse:

„Das gesunde, normale neugeborene Kind *verliert* in den ersten Tagen an Gewicht (mein Kind 3 Tage lang). Bis zum *10. Tage* ist die Gewichtszunahme eine flaue, und im Resultat erreicht das Kind das Gewicht seines *ersten Lebenstages*. Die mittleren Gewichtszunahmen der *ersten beiden Lebenswochen* sind annähernd gleiche. Die grösste Gewiehtszunahme in der Woche entfällt auf den 2. Lebensmonat des gesunden Brustkindes. Die Zunahme der Körpermasse des gesunden Brustkindes wird durch die ununterbrochene (fast täg-

Digitized by Google

liche, besonders *wöchentliche*) Gewichtszunahme charakterisirt. Das zeitweilige Stehenbleiben der Gewichtszunahme des gesunden Brustkindes wird durch Ursachen hervorgerufen, die ausserhalb der *physiologischen Norm* liegen. Zwischen dem 5. und 6. Monat *verdoppelt* das Kind sein Gewicht. Das Längenwachsthum ist im *ersten Lebensmonat des Kindes* am stärksten (ungefähr 4 cm). In den folgenden 2 Monaten ist das Längenwachsthum beinahe *zweimal* geringer (ungefähr je 2.5 cm), nach dem 3. Lebensmonat nimmt das Längenmaass des Körpers ungefähr um je 2.0 cm monatlich zu (bis zum 8. Lebensmonat). *Die künstliche Ernährung im frühen Alter* beeinträchtigt, selbst wenn sie noch so genau ausgeführt wird, *das normale Wachsthum und die normale Entwickelung des Kindes*. Vorsichtige Zukost (Kuhmilch bei Ernährung mit der Mutterbrust) schadet, *vom 2. bis 3. Lebensmonat* des Kindes an, dem *Wachsthum* und der *Entwickelung* nicht. In der Untersuchung des *Blutes* des Brustkindes besitzen wir eine zuverlässige und objektive Controlmethode des normalen Wachsthums und der normalen Entwickelung." Dippe.

677. **Recherches sur la flore intestinale normale des enfants âgés d'un an à cinq ans;** par H. Tissier. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 2. p. 189. 1908.)

Die Flora des Darmes von 1—5jähr. Kindern wechselt je nach der Mannigfaltigkeit der Nahrung. Mit Beginn der Entwöhnung noch gleich der des Säuglings, nähert sie sich mit Beendigung der Entwöhnung mehr und mehr derjenigen des Erwachsenen. Man kann eine constante fundamentale Flora (B. bifidus, enterococcus, coli), und eine wechselnde sekundäre Flora unterscheiden (B. perfringens, coccobacillus praeacutus und oviformis, staphylococcus parvulus, B. funduliformis, capillosus, ventriosus, diplococcus orbiculus, Hofenarten). Beim vegetarisch ernährten Kinde sind 80% aller Colonien vom B. bifidus gebildet, das Verhältniss der ersten zur zweiten Flora ist 90 : 10. Bei gemischter Nahrung wird letzteres Vorhältniss 80 : 20, 70% der Colonien sind B. bifidus. Bei reichlicher Eiweissnahrung ist das Verhältniss beider Floren 70 : 30, nur 50% der Colonien bestehen aus B. bifidus. Da in der zweiten Flora Bakterien mit pathogenen Eigenschaften enthalten sind, während die Bakterien der fundamentalen Flora als nützliche zu bezeichnen sind, ist die vegetarische Ernährung bei Kindern vorzuziehen. Walz (Stuttgart).

678. **Syndrome pseudo-ascitique chez des enfants atteints d'entérite chronique;** par le Dr. G.-B. Allaria, Turin. (Arch. de Méd. des Enf. p. 623. Sept. 1908.)

Bei schwächlichen, namentlich rhachitischen Kindern, die lange Zeit an Enteritis gelitten haben, kommt es zur Entwickelung eines Symptomencomplexes, der täuschend einem tuberkulösen Ascites ähnlich sieht. Es ist sogar öfters vorgekommeu und auch A. hat einige derartige Fälle zu verzeichnen, dass man auf Grund der Annahme einor tuberkulösen Peritonitis, die Laparotomie vorgenommen und nicht nur nichts von Peritonitis, sondern auch keine Spur von Ascites vorgefunden hat. Es ist also in den einschlägigen Fällen Vorsicht geboten. Eine Differentialdiagnose zwischen Pseudoascites und seröser tuberkulöser Peritonitis ist schwer zu machen; man halte sich daran, dass bei ersterer der matte Perkussionschall in der linken Bauchseite viel stärker ausgeprägt ist als rechts und, dass der obere Rand der Mattigkeit sich in eine Zone der Submattität verliert, deren oberer conkaver Rand nach oben und rechts gerichtet ist. In der Cökalgegend ist meist abgeschwächt tympanitischer Schall. Diese Symptome sind aber sehr wechselnd; auch eine explorative Punktion wäre nicht anzurathen, die Laparotomie ist viel weniger gefährlich. Allo Erscheinungen können in Folge einer hygieinisch-diätetischen Behandlung verschwinden und der Zustand in Heilung übergehen. E. Toff (Braila).

679. **L'indoxylurie en pathologie infantile. L'indoxylurie en général. Tuberculose infantile et indoxylurie. Indoxylurie et traitement des gastro-entérites;** par le Dr. Gorter, Leyde. (Arch. des Mal. do l'Enf. p. 593. 1908.)

G. hat Untersuchungen über Indoxylurie bei Kindern angestellt und ist zu der Uoberzeugung gelangt, dass das Indoxyl in allen Fällen vom Indol abstammt und also immer auf abnorme Fäulnissprocesse im Darme zurückzuführen ist. Er konnte nicht finden, dass eine Zersetzung des fixen Organeiweisses zur Indoxylurie Veranlassung geben kann und auch nicht die Ansicht von Hochsinger und Kahane bestätigen, der zu Folge die Indoxylurie ein Symptom bestehender Tuberkulose bei Kindern darstellen sollte.

Einen grossen Einfluss auf das Auftreten von Indoxyl im Harne hat sowohl die Qualität, als auch die Menge der gereichten Nahrung und es sind namentlich die Kohlehydrate, die zur Bildnng von grösseren Mengen dieses Körpers Veranlassung geben. Ein kräftiges Abführmittel und hydrische Diät bringen die Menge des ausgeschiedenen Indoxyls anf ein Minimum herunter, oder lassen es ganz aus dem Harne verschwinden.

Bemerkenswerth ist ferner, dass nur abnorme Gährungsvorgänge im Dünndarme zur Indoxylurie Veranlassung geben, während solche im Dickdarme kein Indol bilden und es folglich auch nicht zur Indoxylurie kommt. Die Erklärung dieser Erscheinung wäre nach G. die, dass die Substanzen die Indol bilden, bevor sie noch an das Coecum gelangen, resorbirt werden und, dass die Bildung von Indol beim normalen Menschen nicht stattfindet, da die dazu nothwendigen Mikroorganismen fehlen.

Digitized by Google

Um sich eine Meinung vom Grade der Fäulniss im Darme bilden zu können, wird Ricinusöl gegeben und während zweier Tage eine Wasserdiät durchgeführt, es werden hierauf während einer gewissen Zeit Kohlehydrate verabreicht. Es hat sich dabei gezeigt, dass durch das Abführmittel eine wirkliche Desinfektion des Darmes nicht stattfindet.

E. Toff (Braila).

680. **Grosshirnbefunde bei hereditärsyphilitischen Säuglingen;** von Dr. B. Weyl. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 4. p. 444. 1908.)

W. hat die Gehirne von 6 Säuglingen untersucht, die gesund zur Welt gekommen, dann aber an Lues gestorben waren. 5 hatten keinerlei meningeale Reizerscheinungen dargeboten. Bei allen 6 fand W. eine unregelmässig über das Gehirn verbreitete Erkrankung der Pia mit Verdickung ihres Gewebes, mit Zellenvermehrung und Zelleninfiltration. Die Gefässe der Pia und des Gehirnes enthielten zahlreiche absonderliche grosse weisse Zellen, hier und da war auch das Hirn selbst mit erkrankt.

Meningen und Hirn sind bei dieser Form der Lues doch wohl häufiger mit ergriffen, als man glaubt.

Dippe.

681. **Ueber Erythrodermia desquamativa, eine eigenartige universelle Dermatose der Brustkinder;** von Dr. Carl Leiner. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXXIX. 2. p. 163. 1908.)

Nach klinischen und anatomischen Untersuchungen handelt es sich bei der Erythrodermia desquamativa um eine leichte Entzündung der gesammten Haut, Desquamation der Epidermis und Seborrhoea capitis. Eine echte Säuglingsdermatose. Fast ausschliesslich werden Brustkinder betroffen und nicht ganz wenige gehen zu Grunde. Aetiologie: „autotoxisches Erythem" in Folge von Darmstörungen —?

Die Dermatitis exfoliativa Ritter's ist eine andere Krankheit.

Dippe.

682. **Die Behandlung des Säuglingsekzems nach Finkelstein;** von Dr. Otto Mendelsson. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42. 1908.)

Für gewisse Fälle, namentlich bei dicken pastösen Kindern ist die Finkelstein'sche Diät entschieden von Nutzen. M. legt dabei besonderen Werth auf die Salzentziehung, bei der er noch wesentlich strenger vorgeht als Finkelstein selbst. Die Kinder vertragen die salzlose Kost ganz gut.

Dippe.

683. **Ueber Pemphigus neonatorum simplex congenitus;** von Dr. Alfr. Labhardt und Dr. J. Wallart. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 3. p. 600. 1908.)

Angeboren tritt der Pemphigus simplex bekanntlich sehr selten auf. L. u. W. beobachteten 3 Fälle, die nebst 13 älteren aus der Literatur kurz beschrieben werden. Lues konnte stets ausgeschlossen worden, Handteller und Fusssohlen waren nicht befallen; dagegen werden 3 Fälle als Epidermolysis hereditaria bullosa angesprochen, eine nicht auf Infektion beruhende Erkrankung wahrscheinlich vasomotorischer Natur. Fast stets heilte der Pemphigus rasch ab. In dem *einen* der neuen Fälle gelang es, Staphylokokken und einige vielgliedrige Streptokokken nachzuweisen, in dem anderen untersuchten Falle nicht. Die Aetiologie des congenitalen Pemphigus, ob infektiös, toxisch oder nicht, ist noch nicht geklärt.

R. Klien (Leipzig).

684. **Experimentell-klinische Untersuchungen über Hautblutungen im Kindesalter;** von Dr. A. Hecht. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XV. Erg.-Bd. p. 113. 1907.)

Die Untersuchungen H.'s, über deren Technik das Original einzusehen ist, führten zu folgenden Ergebnissen: „1) Mittelst dosirter Saugwirkung findet man die Hautgefässe bei Kindern je nach dem Alter und der Körperregion verschieden leicht zerreisslich. 2) Die venöse Stase begünstigt den Eintritt von Hautblutungen nur durch Steigerung des capillären Blutdrucks. 3) Die hämorrhagischen Erkrankungen führen besonders an den Beinen zu nachweisbar leichterem Eintritt von Blutungen. 4) Ebenso wie Scarlatina durch mehr als 1 Woche, während scarlatiniforme Exantheme diese Erscheinung nicht constant, nicht so hochgradig und durch wenige Tage aufweisen. 5) Die Morbillen lassen bis in die Zeit der Pigmentirung hinein eine an die Efflorescenzen gebundene leichte Zerreisslichkeit erkennen, nicht so die Rubeolen. 6) Bei Diphtherie besteht eine deutliche Herabsetzung der Resistenz der Hautgefässwandungen."

Brückner (Dresden).

685. **Purpura fulminans;** von Dr. J. Štýbr. (Časopis lékařů českých. p. 9. 1906.)

Im Anschlusse an einen Diätfehler der stillenden Mutter entstanden bei dem 2monatigen Kinde ausser den Symptomen eines Darmkatarrhs livide, schmerzhafte Flecke durch Blutung in das subcutane Bindegewebe, die sich unter zunehmender Anämie in grosse Blutextravasate verwandelten, bis schliesslich eine einzige Suffusion vorhanden war, die von den Kniegelenken aufwärts bis zu den Schulterblattkämmen reichte. 24 Stunden nach dem Eintritte der ersten Symptome trat der Tod durch Verblutung ein. St. schliesst in diesem Falle eine infektiöse Ursache aus und führt ihn auf eine Autointoxikation durch Ptomaine zurück.

G. Mühlstein (Prag).

686. **Les paroxysmes douloureux abdominaux au cours du purpura chez l'enfant;** par L. Guinon et Vielliard. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. p. 529. Déc. 1907.)

Ein Symptom, das im Verlaufe einer Purpura bei Kindern auftritt und dessen Kenntniss von praktischer Wichtigkeit ist, sind in Anfällen auftretende Leibschmerzen. Während sich das Exanthem entwickelt, oft auch vorher, bekommen die Kranken

heftige, kolikartige Bauchschmerzen, Erbrechen und diarrhoische, mitunter auch blutig gefärbte Stuhlentleerungen. Die Schmerzen sind am häufigsten zu beobachten, während Erbrechen und Diarrhöe fehlen können. Es ist wichtig, über das Vorkommen dieser Erscheinungen orientirt zu sein, da sie zu verschiedenen Verwechselungen Veranlassung gegeben haben: mit Vergiftungen, Perforationen des Wurmfortsatzes und Darminvaginationen. In Bezug auf letztere muss aber auch hervorgehoben werden, dass Invaginationen keine seltene Complikation der Purpura darstellen und, dass von Manchen sogar der in Rede stehende Symptomencomplex bei Purpura in allen Fällen auf Invagination zurückgeführt wird. Andere wieder nehmen eine nervöse Entstehung an, oder auch das Vorkommen von Blutungen in die Darmwand, ähnlich denen, die in die Haut stattfinden.

Die Behandlung ist eine symptomatische; bei Auftreten von dysenteriformen Stühlen sieht man gute Erfolge von der Verabreichung von Natrium sulfuricum 3—6 g täglich, eventuell auch in Verbindung mit Natrium citricum 1—2 g täglich falls auch Erbrechen besteht. Wasserdiät, später mehlige Abkochungen, dann Milch und Suppen entsprechend der Besserung der Symptome.

16 Krankengeschichten eigener und fremder Beobachtung beschliessen den Aufsatz.

E. Toff (Braila).

687. **Behandlung der Melaena neonatorum mit Gelatineinjektionen;** von Dr. Gotthardt Schubert in Breslau. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXI. 7. 1907.)

Heilung einer Melaena neonatorum durch Gelatineinjektionen, und zwar am Nachmittag und Abend des 1. Krankheittages je 10 ccm 2proc. Gelatinelosung rechts und links subcutan in beide Rückenhälften, am 2. Krankheittage noch einmal 10 ccm. Gegen Abend dieses Tages war der Stuhl schon wieder gelb. Convense. Mutterbrust. Schon vor 4 Jahren hatte Heyn über eine ebenfalls mit Gelatineinjektionen geheilte Melaena neonatorum aus der Breslauer Klinik berichtet. Aetiologisch dürfte eine traumatische Hirnläsion (Zange bei engem Becken) in dem Sch.'schen Falle anzunehmen sein; der Nabel war nicht entzündet. R. Klion (Leipzig).

688. **Ueber Melaena spuria;** von K. Kamann. (Gynäkol. Rundschau Hoft 14. p. 569. 1907.) Autorreferat.

Der Melaena vera neonatorum liegen, allgemein ausgedrückt, Gefässläsionen des Magendarmkanales, ausnahmoweise auch des Oesophagus zu Grunde. Die Fälle, in denen die blutigen Ausscheidungen aus dem Verdauungstrakte nur eine Theilerscheinung einer zu Blutungen in allen möglichen Organen führenden Allgemeinerkrankung darstellen, also der hämorrhagischen Diathese, der nach heutiger Auffassung gewiss auf Infektion beruhenden Krankheitbilder der akuten Fettentartung und der Winckel'schen Krankheit, ferner specifisch septischer Infektionen und möglicher Weise auch der Lues, empfiehlt K., ganz aus dem Capitel der Melaena vera zu streichen. Die bei Neugeborenen gelegentlich zu beobachtenden blutigen Ausscheidungen aus Mund, aus After, oder aus Mund und After, bei denen es sich um die Entleerung verschluckten Blutes handelt, hat man sich gewöhnt, im Gegensatze zu der auf Gefässläsionen des Magendarmkanales beruhenden Melaena vera als Melaena spuria zu bezeichnen.

Das verschluckte Blut kann vom Neugeborenen selbst stammen oder von aussen in den Mund des Kindes gelangt sein. K. erörtert die zahlreichen Möglichkeiten unter Zugrundelegung eines ausgedehnten Literaturstudium und mit kurzer Wiedergabe einzelner seltener, wenig bekannter Fälle. Neugeborene haben Gelegenheit, eigenes Blut zu verschlucken bei Nasenbluten, bei Blutungen der Nasen-, Rachen- und Mundhöhle ohne deutliche äussere Ursache, bei Zerreissung eines Gefässes dieser Höhlen unter der Wirkung des Geburttrauma, bei Schädellasisverletzungen, bei Schlundverletzungen in Folge von Luftröhrenkatheterismus, bei unsachgemäss ausgeführter Lösung des Zungenbändchens, bei Hasenschartenoperationen, bei Lungenblutungen.

Von aussen kann fremdes Blut in die kindliche Mundhöhle gelangen, um dann verschluckt zu werden, aus milchleeren Brüsten und aus wunden Brustwarzen; ferner während der verschiedenen Phasen des Geburtaktes. Der Foetus kann gelegentlich schon intrauterin noch vor dem Blasensprunge in das Fruchtwasser ergossenes mütterliches Blut schlucken, ferner kann während der Passage durch den Geburtschlauch mit mütterlichem Blute vermengter Schleim in den Mund des Kindes gerathen, oder selbst reines Blut bei Verletzungen des mütterlicheu Genitales, bei Cervixrissen, beim Bersten eines Varix u. s. w. Endlich besteht für den Foetus noch die Möglichkeit, intrauterin Blut zu verschlucken bei vorzeitiger Ablösung der Placenta nach dem Blasensprunge.

Einen hierher gehörigen Fall von Melaena spuria konnte K. beobachten: Viertgebärende im 8. Schwangerschaftmonate. Plötzliche Blutung in Folge theilweiser Ablösung der tiefsitzenden Placenta. Hystereuryse, Wendung und Extraktion eines lebenden, frühreifen, 1500 g wiegenden Kindes. Dieses schied während der beiden ersten Lebenstage reichlich Blut aus dem After ab ohne Störung des Allgemeinbefindens. Es hatte intrauterin mütterliches Blut verschluckt, und zwar ist mit Rücksicht auf den Beginn der Blutausscheidung unmittelbar nach der Geburt anzunehmen, dass gleich bei der ersten Genitalblutung der Mutter, 17½ Stunden vor der Entbindung, die Eihäute einrissen, und dass so die Möglichkeit einer Blutung in die Eihöhle und für den Foetus die Gelegenheit zum Schlucken mütterlichen Blutes geschaffen wurde.

689. **Kystes hydatiques du poumon chez l'enfant;** par le Prof. Louis Morquio, Montevideo. (Arch. de Méd. des Enf. p. 657. Oct. 1908.)

Hydatidencysten der Lunge sind im Kindesalter in gewissen Ländern Südamerikas keine seltene Erscheinung. Hauptsächlich sind es die Kinder der ländlichen Einwohnerschaft, die durch das

Zusammenleben mit Hunden und anderen Thieren, die Krankheitkeime in sich aufnehmeu. Oft besteht gleichzeitig eine Hydatideneyste der Leber und diese bringt die Patienten meist in das Krankenhaus, wo eine genaue Untersuchung auch das Bestehen einer Lungeneyste erweist.

Was die klinischen Erscheinungen anbetrifft, so muss gesagt werden, dass es Fälle giebt, in denen neben den physikalischen Zeichen fast keine funktionellen Symptome bestehen. In anderen Fällen bestehen Husten, Auswurf, zeitweilig auftretende Bronchopneumonie, Blutungen aus den Luftwegen u. A., die der Krankheit eine gewisse Aehnlichkeit mit Tuberkulose verleihen, namentlich wenn progressive Abmagerung auftritt. In anderen, wenn auch selteneren Fällen werden Echinokokkenhaken mit dem Auswurfe oder gelegentlich eines Brechanfalles entleert. M. konnte sogar Fälle beobachten, in denen in Folge solcher Brechakte Spontanheilung der Lungencyste stattfand. Zur Sicherung der Diagnose greift man oft zur Punktion, obwohl nach einer solchen immer alarmirende Erscheinungen auftreten, wie heftiges, spasmodisches Husten, Erbrechen, Athemnoth, die meist 2—3 Tage andauern.

Viel bessere Resultate ergiebt die Untersuchung mit Röntgenstrahlen, die das Bestehen eines rundlichen Tumors, umgeben von einem hellen Hofe zeigt, welcher Befund in Verbindung mit der Anamnese und sonstigem Befunde auf die Existenz einer Hydatideneyste der Lunge hindeutet.

Die Behandlung besteht in Darreichung von Brechmitteln, um eventuell eine Spontanruptur der Cyste zu bewirken. Ist dieses nicht möglich, so muss chirurgisch eingeschritten werden. E. Toff (Braila).

690. **Nervosität und Ernährung im Kindesalter**; von F. Siegert in Köln. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 38. 1908.)

S. sieht die ausschliessliche Ursache vieler Fälle von kindlicher Nervosität in der von Aerzten und Nichtärzten häufig als „roborirende Diät" angesehenen Ueberfütterung der Kinder mit Eiweiss und Fett, namentlich in Form von Milch, Eiern und Fleisch. Die richtige Diagnose wird nach S.'s Erfahrungen nie gestellt. Die Therapie besteht in Einschränkung des Eiweissconsums, Steigerung der Kohlehydrate und vor Allem starker Vermehrung der Einfuhr von Alkalien und Cellulose durch reichliche Mengen von Gemüse, Salat und Obst.

Moritz (Leipzig).

691. **Polyurie essentielle chez l'enfant**; par L. Barbonneix et Roustan. (Gaz. des Hôp. LXXXVI. 145. p. 1787. 1907.)

B. u. R. beschreiben einen 11jähr. Knaben mit Diabetes insipidus. Akuter Verlauf. Anzeichen einer nervösen Constitution fehlten. Eine vorausgegangene Infektion war ebenfalls nicht vorhanden.

Brüokner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

692. **Jothion als Hautdesinficiens bei Operationen**; von Curt Witthauer. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 31. 1908.)

W. hat in dem Jothion, einem Jodwasserstoffester, ein brauchbares und zuverlässiges Hautdesinficiens erprobt. Wie das Jodbenzin wird das Jothion in 12proc. spirituöser Lösung mittels Wattebausches mehrmals in die Haut des Operationfeldes eingerieben. Die Flüssigkeit dringt rasch in die Haut ein und verschwindet. Nach Beendigung der Operation reibt W. vor Beginn der Naht nach Auflegen frischer Tücher die Wundränder mit Aether und nochmals mit Jothionlösung ab und hat seitdem nicht einmal mehr Stichkanaleiterungen gesehen.

R. Klien (Leipzig).

693. **Kritischer Bericht über 1000 Lumbalanästhesien mit Stovain (Billon)**; von Dr. O. Münchmeyer. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. 1908.)

Der Bericht stammt aus der Rostocker chirurg. Klinik. Bis 1. Juli dieses Jahres waren 1189 Lumbalanästhesien vorgenommen worden. Ihren vollen Werth zeigt die Lumbalanästhesie da, wo gerade die Inhalationnarkose die Gefahr der Operation darstellt. Für die Allgemeinpraxis ist die Lumbalanästhesie nicht geeignet. Ausgeschlossen wurden alle Kr. mit allgemein septischen Zuständen, Kinder unter 7 Jahren, sowie sehr nervöse Kr. Geradezu als Indikation für die Methode gelten Herz- und Lungenkrankheiten jeder Art, sowie höheres Alter und grosse Schwäche. Als obere Grenze für Operationen in Lumbalanästhesie gilt die Nabelhöhe. Die Dosis betrug 0.04—0.06 Stovain mit Adrenalinzusatz. In 23 Fällen handelte es sich um absolute Misserfolge; in 57 Fällen musste eine einleitende Narkose angewandt werden. Collapsartige Zustände und Athemstörungen wurden 9mal beobachtet. In einem Falle von Athemstörung starb der Kr. trotz aller Bemühungen auf dem Operationtische. Da die Sektion verweigert wurde, bleibt es unentschieden, ob nicht vielleicht eine Eiteraspiration vorlag. 70% der Kr. blieben ganz frei von allen Nach- und Nebenwirkungen. P. Wagner (Leipzig).

694. **Die Lumbalanästhesie und ihre Neben- und Nachwirkungen**; von Dr. K. Borszéky. (Beitr. z. klin. Chir. LXXXVIII. 3. 1908.)

B. berichtet aus der Réczey'schen chirurg. Klinik in Budapest über 300 Lumbalanästhesien. In 90% der Fälle hatte die Lumbalanästhesie vollen Erfolg; in 1.3% war die Anästhesie nicht ausreichend, und in 8.7% versagte die Methode. Es wurde stets Stovain Billon injicirt, und zwar in den ersten 200 Fällen 0.08; im 3. Hundert 0.06. Kranken zwischen 14 und 16 Jahren wurde stets 0.04 Sto-

Digitized by Google

vain gegeben. Bei 5 Kranken wurden späte Nachwirkungen beobachtet: Schwäche in den Beinen, Hyperästhesien, Schwindel u. s. w. Nach B.'s Meinung ist die Lumbalanästhesie sehr werthvoll und in vielen Fällen unentbehrlich, kann aber nicht für ganz ungefährlich gehalten worden, zumindest bei der heutigen Technik. Solange wir die eventuell verhängnissvollen Neben- und Nachwirkungen nicht vermeiden lernen, ist die Methode für die alltägliche Praxis nicht geeignet. Das Geheimniss der guten Erfolge ist die einwandfreie Technik.

P. Wagner (Leipzig).

695. **Anatomische Beiträge zur Rückenmarksanästhesie;** von E. Gerstenberg und F. Hein in Berlin. Mit 4 Tafeln u. 6 Textabbildungen. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 3. p. 524. 1908.)

An der Arbeit sind vor Allem die Abbildungen instruktiv und lehrreich. Man bekommt u. A. eine klare anatomische Vorstellung, weshalb gerade der Abducens besonders oft in unerwünschter Weise in Mitleidenschaft gezogen wird.

R. Klien (Leipzig).

696. **Ueber die Hedonal-Chloroform-Narkose;** von N. P. Krawkow. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. 1908. Festschrift f. Schmiedeberg p. 317.)

Der Kranke bekommt Hedonal mit warmem Getränk und schläft ein. Nach einer Stunde beginnt die Chloroformnarkose, die meist, ohne dass der Kranke aufwacht, rasch und leicht eintritt und bei sehr geringem Chloroformverbrauch gut verläuft. Kein Katzenjammer. Dippe.

697. **Chloroformnarkose mit überdeckter Maske (Handtuchmethode);** von Dr. Kurt Frankenstein. (Centr. f. Gynäkol. XXXII. 53. 1908.)

F. hat die gewöhnliche Schimmelbusch-Maske mit einem Handtuch überdeckt und so sehr gute Narkosen mit wenig Chloroform erreicht. Er empfiehlt die Methode zur Nachprüfung und gleichzeitig ein Maskengestell, in das die Schimmelbusch-Maske eingehängt ist.

R. Klien (Leipzig).

698. **Klinische und experimentelle Beiträge zur Bier'schen Stauung;** von Dr. E. v. Graff. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. 1908.)

Für den klinischen Theil verwerthete v. Gr. 145 genau beobachtete Fälle der Innsbrucker chirurg. Klinik. Auf Grund dieser Erfahrungen stellt v. Gr. folgende Grundsätze für die Verwendung der *Saug-* und *Staubehandlung* auf: „1) Die Saugbehandlung ist in allen geeigneten Fällen (Furunkel, Karbunkel, Lymphdrüsenvereiterung, umschriebene Abscesse der Mamma) anzuwenden. 2) Die Staubehandlung kommt in Betracht für inficirte Wunden und Zellgewebsentzündungen jeder Art, sowie Sehnenscheidenentzündungen. 3) Bei progredienten Eiterungen hingegen, die unter der Stauung nicht innerhalb weniger Tage zurückgehen, sowie bei allen, in denen sich trotz der Stauung ein Fortschreiten des Processes zeigt, ist die Stauung unverzüglich wegzulassen und breit zu incidiren. 4) Bei Fällen mit bedenklichen septischen Allgemeinerscheinungen sollte die Stauung nicht angewendet, sondern von vornherein für ausgiebige Entleerung des Eiters gesorgt werden."

Weiterhin hat dann v. Gr. im Innsbrucker hygienischen Institute *experimentelle Untersuchungen über Stauung* angestellt, die Folgendes ergaben: „1) Im Stauungsblutserum des Menschen sind keine baktericiden Stoffe gegen Staphylokokken und Streptokokken nachweisbar, gleichgültig ob es von einer gesunden oder erkrankten Extremität (Staphylokokken-, Streptokokken-, Mischinfektionen) stammt. 2) Dasselbe gilt beim Menschen auch vom Stauödem sowohl gesunder als auch erkrankter (Staphylokokken-, Streptokokken-, Mischinfektion) Extremitäten. 3) Die tödtliche Dosis Strychnin wird von Versuchsthieren ohne Schaden ertragen, wenn sie in eine vorher gestaute Extremität injicirt wird. 4) Die Stauung verzögert durch Erschwerung der Resorption die Wirkung der tödtlichen Dosis von Tetanus- und Diphtherietoxin bei Versuchsthieren, ohne den Tod selbst verhindern zu können. 5) Das Stauödem des Kaninchens ist, obwohl selbst nur wenig baktericid, befähigt, eine Phagocytose in sehr hohem Grade zu befördern."

P. Wagner (Leipzig).

699. **La fulguration des cancers;** par le Dr. de Keating-Hart. (Arch. internat. de Chir. IV. 1. 1908.)

Die Fulguration ist eine elektrochirurgische Behandlung des Krebses. Sie besteht im Wesentlichen darin, dass die Neubildung durch Funken von grosser Frequenz und hoher Spannung zerstört wird, und dass dann die von den Funken getroffenen Geschwulstmassen an ihren Grenzen abgetragen werden. Wenn die Haut intakt ist, muss man damit beginnen, die Gewebe zu spalten, um den Tumor frei zu legen. Als Voroporation lässt man dann auf den Tumor maximal gradnirte Funken überspringen. Die starke vaso-constriktorische Wirkung des Funkens vermindert die capilläre Blutung, verringert die Gefahr der Wiedereinimpfung und erleichtert den chirurgischen Eingriff, indem die krebsig entarteten Massen ihre Consistenz verändern. Der Tumor wird dann an seinen sichtbaren Grenzen so vollständig wie möglich exstirpirt. Dann kommt der zweite und wichtigste Theil der elektrischen Behandlung, der die Vernarbung bewerkstelligt. Vier Arten von Wirkungen kommen dabei zu Stande: 1) die Blutstillung; 2) die nie sehr tiefe Zerstörung der Gewebe, vorausgesetzt, dass man wie nöthig, die Hitzewirkung ausschaltet; 3) die während der ersten 24 Stunden sehr reichliche Lymphdurchströmung; 4) die Reaktion der Gewebe, die sich durch eine „staunenswerthe" Vernarbung kundgiebt. Inficirte Lymphdrüsen werden entfernt und

Digitized by Google

ihre Umgebung wird fulgurirt. Die Wunde wird geschlossen und drainirt. Bei dem geringsten Anschein eines Recidivs beginnt man die Fulguration von Neuem. Die Heilungen sind oft von Dauer, und die etwa eintretenden Recidive sind torpid und eignen sich sehr gut für eine neue Fulguration. 11 kurze Krankengeschichtsauszüge zum Theil mit Abbildungen sind beigegeben.

P. Wagner (Leipzig).

700. **Klinische Beobachtungen nach Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren;** von Dr. Kurt Schultze. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41. 1908.)

Ungünstiger Bericht aus der Bier'schen Klinik. Man kann eine Reinigung der Wunde mit Neigung zur Ueberhäutung erreichen, von einer Heilung ist aber, wie der weitere Verlauf und histologische Untersuchungen zeigten, gar keine Rede. Dippe.

701. **Ueber Röntgentumoren;** von Dr. K. Lindonborn. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. 1908.)

Sichere Fälle von Entstehung einer bösartigen Geschwulst nach Röntgenbestrahlung liegen bisher 10 vor. L. theilt aus der Marwedel'schen chirurg. Abtheilung 2 Fälle von *„Röntgencarcinom"* mit, die unter einer langdauernden Bestrahlungskur entstanden waren. Obgleich beide Fälle einander sehr in der Art der Entstehung und in der anfänglichen Entwickelung ähnelten, verlief der eine sehr gutartig, der andere überaus bös.

L. stellt folgende Schlusssätze auf: „1) Den chronisch auf die Gewebe wirkenden Röntgenstrahlen kommt unzweifelhaft ein Einfluss auf die Entstehung maligner Geschwülste zu. Diese Tumoren sind meist Carcinome, in seltenen Fällen Leukome, auch sind beide gleichzeitig beobachtet. 2) Als Ursache ihrer Entstehung spielt die Verödung der kleinen Arterien sicher eine bedeutende Rolle. 3) Die Gefahr der Tumorbildung kann, soweit wir bis jetzt wissen, bei keiner längeren Röntgenbestrahlungskur vermieden werden. 4) Es muss deshalb die *Röntgentherapie besonders bei Lupus eingeschränkt werden*, namentlich müssen flächenhaft ausgedehnte, tiefgreifende und auf Lupusnarben recidivirende Erkrankungen an Lupus einer anderen, meist chirurgischen Behandlung überlassen werden." P. Wagner (Leipzig).

702. **Ein Fall von Hämatolymphangiom;** von Dr. J. Novak. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. 1908.)

Es handelte sich um einen 5jähr. Knaben mit subcutan entwickelter Geschwulst, die vorwiegend aus einem gefässreichen Fettgewebe bestand, in ihrer Ausbreitungsweise dem Verlauf der V. saphena magna folgte und ihren bösartigen Charakter dadurch bewies, dass sie auf die Haut, das Periost und die Muskulatur übergegriffen hatte. Exstirpation; Heilung. Der Tumor zeigte histologisch als hervorstechendstes Merkmal eine kolossale Entwickelung von Lymph- und Blutgefässen: *Haematolymphangioma mixtum.* P. Wagner (Leipzig).

703. **Ueber einen congenitalen teratoiden Sakraltumor mit Metastasirung;** von Dr. H. Hinterstoisser. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. 1908.)

Kräftiges Mädchen mit angeborenem teratoidem Sacraltumor. 2 Jahre nach der Operation Recidiv und Metastasen; *Tod.* Die histologische Untersuchung des Recidivtumors und der Metastasen zeigte die Bilder eines grosszelligen alveolaren Sarkoms mit derbem weitmaschigem Stroma. P. Wagner (Leipzig).

704. **Zur Behandlung des Carbunkels;** von Dr. Grasmann. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42. 1908.)

Gr. ist unbedingt für ein thatkräftiges Vorgehen. Er empfiehlt sowohl die Exstirpation des Carbunkels nach Riedel, als auch die Abschälung nach Madelung; bei beiden handelt es sich aber um grosse Operationen, die nur von gut ausgestatteten Chirurgen ausgeführt werden sollen. Dem Praktiker räth Gr. zu grossen Einschnitten kreuzweise vom Gesunden bis wieder in das Gesunde. Die so entstandenen Lappen müssen von der Muskelfascie abpräparirt werden, damit wirklich der ganze Gangränherd freiliegt. Dann Tamponade der Wunde mit in heisser Borsalicyllösung getränkten Tupfern.

Dippe.

705. **Die operative Behandlung der traumatischen subcutanen Compressionslähmungen;** von Prof. Bardenheuer. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39. 1908.)

B. hält sich für berechtigt, in den Fällen von subcutanen, completen, traumatischen Compressionlähmungen, in denen nach 14—21 Tagen keine Besserung eintritt, dagegen nach 10—12 Tagen die elektrische Erregbarkeit für beide Stromarten nach einer anfänglichen Steigerung völlig erloschen ist, während der Muskel innerhalb einer Woche für den faradischen Strom völlig unerregbar ist und in der 2. Woche sich eine Steigerung für den galvanischen Strom mit Entartungsreaktion und Atrophie einstellt, den Nerven blosszulegen und je nach dem Befunde die Paraneurotonotomie auszuführen oder die Naht anzulegen. Die erstere hat den Vorzug der Aufhebung der intraneurotischen Spannung und der Entfernung des Blutes, besonders des coagulirten, das einen vorzüglichen Boden bildet für die Entwickelung von Narbengewebe und in Folge dessen das Auswachsen der Nervenfibrillen sowie nachher die Nervenleitung hemmt. Die letztere hat den Vorzug, die Nervenenden glatter anzufrischen und correkter miteinander in Contakt zu setzen, ohne die Continuität der Nervenscheide zu opfern.

P. Wagner (Leipzig).

706. **Eine neue Operation zur Behandlung der Gesichtslähmung;** von V. Gomoiu in Bukarest. (Spitalul. 15. p. 325. 1908.)

In Fällen von unheilbarer Gesichtslähmung ist eine neuroplastische oder musculoplastische Operation angezeigt. Da die nervösen Anastomosen nicht die günstigen

Resultate ergeben haben, die man anfangs von ihnen erwartet hatte, schlägt G. eine neue Muskelplastik vor, für die ein Bündel des Sternocleidomastoideus in Verwendung gezogen wird. Hierzu wird ein Einschnitt längs des vorderen Randes dieses Muskels ausgeführt, das Bündel von der übrigen Muskelmasse abgelöst und in der nothwendigen Länge abgeschnitten. Dann wird unter Benutzung derselben Hautwunde ein Kanal bis zum Mundwinkel präparirt, in den man das erwähnte Muskelbündel einführt und mit einigen, die Mundschleimhaut nicht durchbohrenden Nähten fixirt. Wenn auf diese Weise eine vollständige Beweglichkeit der Gesichtsmuskeln nicht zu erzielen ist, so erreicht man doch eine erhöhte Gesichtsstatik, durch die die Lähmung viel weniger in Erscheinung tritt. G. hat seine Operation am Menschen noch nicht ausgeführt, sondern nur an der Leiche und an Thieren.

E. Toff (Braila).

707. **Die Behandlung des Hydrocephalus der kleinen Kinder;** von Prof. W. Kausch. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. 1908.)

K. berichtet über 14 Fälle von Hydrocephalus aus der Mikulicz'schen Klinik; sämmtliche betrafen die frühe Kindheit, der Schädel war noch nicht verknöchert. In je einem Falle fand die Ventrikel- und Lumbalpunktion Anwendung, doch nicht mit Consequenz; kein Erfolg. 9 Kr. wurden mit subcutaner Drainage des Seitenventrikels behandelt; einer davon wurde ein wenig gebessert, alle anderen gingen bald zu Grunde. Besonders wichtig ist ein Fall, in dem die Drainage ausgezeichnet funktionirte und das Kind den Eingriff 7 Mon. überlebte. Es bildeten sich an der Drainagestelle grosse subcutane Säcke, die Flüssigkeit wurde aber trotz aller Bemühungen nicht resorbirt. K. folgert hieraus, dass diese Art der Drainage in schweren Fällen mit Wiederbildung des Liquor versagt.

In einem Falle wurde die subcutane Drainage des cerebralen Subduralraumes ausgeführt, in einem die Ableitung des Liquor ans dem Ventrikel nach der Peritonäalhöhle, indem ein Gummidrain subcutan beide verband. Kein Erfolg.

In einem Falle von starkem Wasserkopf mit Spina bifida wurde der Sack in einen offenen Kanal verwandelt, der in das subcutane Gewebe mündete. Beide Leiden heilten vollständig.

Welchen Weg sollen wir bei der *Behandlung des kindlichen Hydrocephalus* einschlagen? Die mit antiluetischen Kuren erzielten Erfolge veranlassen K., in jedem Falle den Versuch damit zu machen. Kommt es zu keiner Besserung, so soll in allen schwereren Fällen operativ eingegriffen werden. Unbedingt zu verwerfen ist die offene Drainage des Ventrikels und des Subarachnoideal- oder Subduralraumes. Zur subcutanen Drainage des medullären Subduralraumes räth K. da, wo bei Spina bifida ein Hydrocephalus noch so leichten Grades besteht. Auf das Wärmste empfiehlt er die häufig wiederholte Punktion und zwar abwechselnd die des Ventrikels und die lumbale. Die Ventrikelpunktion wird stets an den vorhandenen offenen Stellen des Schädels ausgeführt, wobei nur die Mittellinie zu vermeiden ist.

P. Wagner (Leipzig).

708. **Ein Beitrag zum Studium der Folgen der Schilddrüsenexstirpation. Thyreoidektomie bei Ziegen;** von Dr. O. Zietzschmann. (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. 1908.)

Diese Untersuchungen lehren vor Allem, dass auch erwachsene Wiederkäuer mit ziemlicher Regelmässigkeit nach Schildrüsenexstirpation erkranken, — wenn man sie nur lange genug beobachtet —, und zwar unter chronischen, event. zum Tode führenden Erscheinungen, wie solche nach der gleichen Operation in ähnlicher Weise auch beim Menschen, beim Affen, beim Kaninchen und bei den Fleischfressern zu beobachten sind.

P. Wagner (Leipzig).

709. **Postoperative Stimmlippenschädigungen nach Kropfoperationen und deren späteres Schicksal;** von Dr. H. Leischner. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. 1908.)

Bezüglich der Prognose der Recurrensstörungen nach Kropfoperationen stellt L. folgende Sätze auf: „Stimmbandparalysen, durch Ligatur oder Sektion des Nervenhauptstammes verursacht, werden anatomisch niemals ausheilen, die Stimme jedoch kann durch compensatorische Wirkung des andereu Stimmbandes eine wesentliche Besserung erfahren, was auch zumeist eintritt. Von den Recurrensschädigungen anderer Aetiologie werden Paralysen und ausgesprochene Paresen oft bestehen bleiben, selten werden sie sich bessern oder schwinden, letztere können sich aber auch verschlechtern. Nur leichte Paresen geben fast durchgehends gute Aussicht auf Restitutio ad integrum, in seltenen Fällen werden sie sich in Paresen stärkeren Grades oder selbst in Paralysen umwandeln. Das Gleiche gilt auch für die bereits vor der Operation bestehenden Stimmlippenstörungen. Nur solche leichten Grades werden durch den Eingriff zum Schwinden gebracht; schwere nur ausnahmsweise. Die Phonation bessert sich in der Regel bei allen diesen Fällen derart, dass sich die Kranken der Veränderung ihres Stimmapparates nicht bewusst sind."

P. Wagner (Leipzig).

710. **Ueber Schilddrüsentransplantation;** von Prof. Th. Kocher. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. 1908.)

K. berichtet über gelungene Versuche, Schilddrüsengewebe in Knochen einzupflanzen, ein Verfahren, das bei gleicher Sicherheit der Wirkung einfacher und gefahrloser ist, als die von Payr vorgenommene Einpflanzung in die Milz. K. benutzt die Tibia, aber nicht das Mark der Diaphyse, sondern das der Metaphyse, wie er den an die Epiphysenlinie anstossenden Theil des Knochens zu benennen vorgeschlagen hat. Man findet in der Metaphyse ein gut vascularisirtes und doch resistentes Gewebe, in dem man in beliebiger Grösse und Form eine Tasche bilden kann, um ein Stück Schilddrüse so einzubetten, dass es ohne Druck zu erleiden, den gegebenen Raum genau ausfüllt und in unmittelbare Berührung mit kleinsten Gefässen kommt. Es ist für den Erfolg ausschlaggebend, dass man möglichst normale, event. hyperplastische Drüse zur Transplantation benutzt.

P. Wagner (Leipzig).

Digitized by Google

711. **Erfahrungen mit der Intubation bei diphtherischer Larynxstenose**; von Dr. Fritz Lotsch. (Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 4. p. 427. 1908.)

Bericht aus der städt. Krankenanstalt Magdeburg-Altstadt.

Die Intubation ist der kleinere Eingriff gegenüber der Tracheotomie, sie leistet aber auch weniger. Sie ist nur da erlaubt, wo bis zur Glottis kein wesentliches Hinderniss für die Athmung besteht. Sie ist verboten bei sehr starker Schwellung oder Gangrän der Rachentheile, bei Retropharyngealabscess, bei Abschluss des Cavum pharyngonasale. Für die Praxis empfiehlt L. Vorsicht. „Der Stadtarzt sollte seine Patienten mit Diphtherie dem Krankenhause überweisen, der Landarzt sollte dasselbe erstreben und nur im Nothfalle tracheotomiren."

Dippe.

712. **Zur Kenntniss der traumatischen Abscesse des Mediastinum anticum**; von Dr. G. v. Saar. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. 1908.)

Mittheilung aus der v. Hacker'schen Klinik: 58jähr. Mann mit Querfraktur zwischen Manubrium und Corpus sterni; vereiterndes retrosternales Hämatom: nach 8 Tagen spontane Perforation nach vorn. Incision, Resektion eines Stückes des rechten Rippenknorpels, Entleerung des Eiters, Spülung, Tamponade. *Tod* nach 4 Tagen an pulmonaler Sepsis. Die Sektion ergab eitrige Blutvergiftung nach Mediastinitis in Folge von Bruch des Brustbeines. Aehnliche Fälle finden sich in der Literatur noch 8 verzeichnet.

Die *traumatischen Abscesse des Mediastinum anticum* sind eine sehr seltene Folge perforirender oder stumpfer auf den Thorax einwirkender Gewalten. Häufig spielt ein retrosternales, sekundär inficirtes Hämatom eine vermittelnde Rolle zwischen Trauma und Abscess. Die *Prognose* dieser Abscesse ist stets eine sehr ernste, doch bei Weitem nicht hoffnungslose; sie ist sehr wesentlich vom rechtzeitigen, energischen, chirurgischen Eingreifen abhängig. Die *Diagnose* ist nicht immer leicht; starkes Oedem der vorderen Brustwand und die Art der Athmung gehören zu den verlässlichsten Symptomen. Die *Therapie* hat in parasternaler Incision der Weichtheile, Resektion einiger Rippenknorpel, event. von Theilen des Sternum mit ausgiebiger Drainage womöglich bei Bauchlage zu bestehen.

P. Wagner (Leipzig).

713. **Ueber spondylitische Abscesse des Mediastinum posticum**; von Dr. E. Finckh. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. 1908.)

Mittheilung eines Falles aus der v. Bruns'schen Klinik, der zeigt, ein wie werthvolles, aber bisher nur selten angewendetes Hülfsmittel die Röntgenuntersuchung bei der Diagnose tuberkulöser Mediastinalabscesse und unklarer Compressionerscheinungen der Trachea darstellt. Die Röntgenoskopie gefährdet den Kranken in keiner Weise, erlaubt aber eine so genaue Lokalisation, wie sie die Endoskopie selbst dem geübtesten Auge nicht ermöglicht. Je früher und präciser aber eine topische Diagnose in einem solchen Falle gemacht wird, um so besser gestalten sich die Aussichten für eine rationelle Therapie, mag es sich dabei zunächst nur um Beseitigung lebenbedrohender Compressionserscheinungen handeln oder eine specifische Behandlung in Frage kommen.

In dem Falle F.'s konnte ein therapeutischer Versuch nur mit vorübergehendem Erfolge unternommen werden.

P. Wagner (Leipzig).

714. **Ueber den Raumausgleich in der Brusthöhle nach einseitiger Lungenamputation, nebst Bemerkungen über das operative Mediastinalemphysem**; von Prof. P. L. Friedrich. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. 1908.)

Aus den experimentellen Untersuchungen Fr.'s ergiebt sich die Thatsache, dass es 1) gelingt, vollkommene Heilungen auch im ganzen weiteren Verlaufe bei Amputation einer ganzen Lungenhälfte zu erzielen, und zwar, bei richtiger Bronchenversorgung, ohne jede entzündliche Veränderung oder Adhäsion der Pleura und des Perikards; 2) dass der grosse Defekt, den die Fortnahme der ganzen einen Lunge setzt, bald annähernd vollständig und später endgültig ohne alle entzündlich narbigen Schrumpfungen ausgeglichen wird, und zwar durch Verlagerung des Herzens, des Mediastinum gegen den Defekt hin, durch vikariirendes Emphysem der anderen Lunge, durch beträchtliches Höherrücken des Zwerchfells und Abflachung der Rippen. Besonders bemerkenswerth ist die Anpassung auch der die Rippen tragenden Brustwand selbst insofern, als die Rippen vom Angulus her gegen das Sternum sich vorflachen und dadurch der Brustraum der Defektseite beträchtlich eingeengt wird.

P. Wagner (Leipzig).

715. **Die operative Beeinflussung einseitiger Lungenphthise durch totale Brustwandmobilisirung und Lungenentspannung** *(Pleuro-Pneumolysis totalis)*; von Prof. P. L. Friedrich. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. 1908.)

In Fällen von fibrös-cavernöser, vorwiegend einseitiger Lungenphthise, die unter wechselnder Fieberbildung trotz aller interner und klimatischer Therapie langsam aber stetig fortschreitet, oder in denen eine gewisse Tendenz zur Ausheilung (tiefe Einziehungen u. s. w.) nachzuweisen ist, empfiehlt es sich, die Entspannung des cavernösen Lungengewebes, die Volumeneinengung und -Schrumpfung der Lunge operativ herbeizuführen und zu unterstützen. Die Mobilisirung der Brustwand ist eine unvollkommene, wenn, wie bisher, nur beschränkte Rippentheile entfernt werden. Eine totale Entknochung der Brustwand mit peinlichster Schonung der Pleura costalis ist gut durchführbar und sichert den angestrebten Erfolg. Die Gefahren der Operation liegen vorwiegend in der Inanspruchnahme des Herzens und waren bisher überwindbar. Der unmittelbare Operationerfolg zeigt sich in Fieberrückgang, beträchtlicher Ver-

Digitized by Google

minderung der Auswurfsmengen und Aenderung des Auswurfes nach Charakter und Bacillenbefund; ferner in Nachlass des Hustens, Zunahme des Körpergewichtes und namhafter subjektiver Besserung. Inwieweit die vermehrte respiratorische Inanspruchnahme der gesunden Lungenhälfte günstig oder nachtheilig auf alte oder beginnende Krankheitherde in dieser einwirkt, konnte bisher noch nicht festgestellt werden. Eben so wenig liegen Obduktionbefunde vor, die eindeutig pathologisch-anatomischen Aufschluss über den Endeffekt operativer Maassnahmen an der erkrankten Lunge geben könnten.

Fr. theilt 3 ausführliche Krankheitgeschichten mit; in allen 3 Fällen erzielte die Operation eine namhafte Besserung des allgemeinen und des örtlichen Zustandes. P. Wagner (Leipzig).

716. **Bemerkungen zur Chondrektomie bei Emphysem in Folge starrer Thoraxdilatation;** von Dr. H. Seidel. (Beitr. z. klin. Chir. LXXXVIII. 3. 1908.)

In der Literatur finden sich bisher 7 Fälle von Chondrektomie bei Emphysem in Folge starrer Thoraxdilatation; eine weitere eigene Operation theilt S. mit.

Die bisherigen Resultate der Operation des Emphysems in Folge von starrer Thoraxdilatation sind wohl dazu angethan, auf dem einmal gebahnten Wege weiter fortzuschreiten; die bisherigen Erfahrungen sind durchaus ermuthigend. Für die Ausführung der Operation gelten folgende Sätze: 1) In den meisten Fällen genügt die richtig ausgeführte *einseitige Chondrektomie* zur Herbeiführung einer wesentlichen Besserung des auf Thoraxstarre beruhenden Emphysems. 2) Die *einzeitige doppelseitige Chondrektomie* ist wegen der damit leichter verbundenen postoperativen Complikationen zu verwerfen; der zweizeitigen doppelseitigen Chondrektomie steht natürlich nichts im Wege. 3) Richtig ausgeführt ist die Operation des Emphysems, wenn nur Knorpel entfernt wird. 4) Resecirt werden am besten Knorpel 2—4 oder 2—5. Die Resektion des 1. Rippenknorpels erscheint nicht unbedingt nöthig. 5) Das Perichondrium wird möglichst total entfernt. Gelingt dieses nicht oder will man ohne Pleuraverletzung doch sicher Gelenkbildung erzielen, so ist die Interposition eines kleinen Muskellappens zwischen die Resektionflächen des Knorpels angebracht. 6) Der Lappenschnitt soll möglichst vollkommen ohne Drainage der Knorpelresektionlücken geschlossen werden. P. Wagner (Leipzig).

717. **Die verschiedenen Formen der puerperalen Mastitis und ihre Behandlung;** von Dr. Feinen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3—4. 1908.)

Nach den in der Bardenheuer'schen chirurgischen Abtheilung gemachten Erfahrungen muss die Therapie der puerperalen Mastitis je nach ihrer Form verschieden sein. Für Fälle von *frischer Entzündung* ist die antiphlogistische Behandlung weitaus die einfachste. Für den *umschriebenen Mammaabscess* liefert die Stichincision und Saugbehandlung nach Bier die besten Resultate. Für die Fälle von *interstitieller Mastitis* ist die neue Operation nach Bardenheuer das beste Verfahren: Die Brustdrüse wird durch einen Schnitt am unteren Rande von der Pectoralfascie abgelöst und aufgeklappt; die Abscesse werden von hinten her incidirt und drainirt. Diese Methode verlangt eine einmalige und einfache, allerdings sorgsame Operation. Die Sekundärnaht steht in freiem Belieben. Sie liefert kosmetisch die besten Resultate. Nicht eine einzige Narbe auf der ganzen Mammaoberfläche, sondern eine strichförmige am Rande der Mamma. Sie wahrt die Funktionfähigkeit der gesunden anderen Zipfel und entfernt nur das wirklich Kranke. Sie bietet endlich wegen der fehlenden Narben im Drüsengewebe die geringste Aussicht für Carcinomentwickelung. Für Fälle von *Mastitis gangraenosa* empfiehlt sich die einfache Abtragung der gangränösen Partien. Für Fälle von *puerperaler tuberkulöser Mastitis* kommt nur die Ablatio mammae in Frage. P. Wagner (Leipzig).

718. **Experimentelle Untersuchungen über Einklemmung von Brüchen;** von Prof. C. Ritter. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. 1908.)

Aus den von R. angestellten Versuchen ergiebt sich, dass man eine Brucheinklemmung bei Thieren dadurch erzielen kann, dass man die durch eine künstliche Bruchpforte hindurchgezogene Schlinge des Darmes einer temporären Schädigung aussetzt. Auf die Anämie und Contraktion der Schlinge, die dadurch hervorgerufen wird, folgt eine Erschlaffung und Erweiterung der Darmwand mit entzündlicher Hyperämie und Schwellung. So wird die Schlinge voluminöser und die Bruchpforte für ein Zurückschlüpfen zu klein, ganz abgesehen davon, dass dank der geschädigten Peristaltik eine aktive Rückbewegung durch die Bruchpforte erschwert wird. Sobald es zu einem Missverhältnisse zwischen Weite des Darmes und der Bruchpforte gekommen ist, setzen die Stauungserscheinungen ein, die nun die weitere Incarceration noch befördern. Welcher Art die Schädigung ist, ist völlig gleichgültig. Schon ein anämischer Contraktionreiz von einiger Dauer ist im Stande, die Einklemmung einzuleiten. P. Wagner (Leipzig).

719. **Ein vereinfachtes Operationsverfahren des Nabelbruches;** von Dr. Ad. Ebner. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. 1908.)

E. empfiehlt die Lexer'sche Operation bei Nabelhernien, die bei äusserster Einfachheit, Kürze und Gefahrlosigkeit die grösstmöglichste Sicherheit eines dauernden Heilungsergebnisses gewährt. Die Operation besteht in Folgendem: 1) Resektion des

Bruchsackes; 2) Anlegung einer Tabakbeutelnaht durch sämmtliche Gewebeschichten der Wundränder ausser der Haut; 3) Verschlussnaht der Bruchpforte; 4) festes Zusammenziehen der Tabakbeutelnaht; 5) Anlegung einer Raffnaht der vorderen Rectusscheiden ober- und unterhalb der zusammengezogenen Tabakbeutelnaht; 6) Verschlussnaht der Haut. P. Wagner (Leipzig).

720. **Isolirte Mesenterialabreissungen nach Bauchcontusionen**; von Dr. Kudlek. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3—4. 1908.)

Mittheilung von 2 Fällen von ausgedehnten Mesenterialabreissungen, wobei das abgelöste Darmstück keinerlei anderweitige Veränderungen zeigte. In beiden Fällen wurde operirt; einmal mit Erfolg, im anderen Falle trat der Tod ein in Folge einer bei der Operation übersehenen stecknadelkopfgrossen Berstung in der Flexura sigmoidea.

Mit Einschluss dieser Fälle sind seit 1904 im Ganzen 5 Kranke mit isolirten Mesenterialabreissungen bekannt geworden, von denen 4 durch die Operation gerettet werden konnten. Vor 5 Jahren betrug die Mortalität derartiger Verletzungen noch 100%. Kleinere Continuitätstrennungen des Mesenterium parallel der Längsachse (1—3 cm) kann man wohl durch Naht wieder zu vereinigen wagen; jedoch bei allen über 4 cm hinausgehenden Abreissungen muss man, wenn man sicher gehen will, stets die entsprechende Darmschlinge reseciren. P. Wagner (Leipzig).

721. **Zur Casuistik und Behandlung der Divertikel der männlichen Harnröhre;** von Dr. Ehrlich. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. 1908.)

Nach der Methode der Mobilisirung der Urethra verbunden mit Distension, sind bereits die verschiedenartigsten Defekte der Harnröhre ausgeglichen worden. Bei der Divertikeloperation ist jedoch diese Methode nach den in der Literatur vorliegenden Berichten bisher noch nicht geübt worden. E. theilt deshalb aus der Greifswalder Klinik einen Fall von erworbenem Divertikel der Harnröhre mit, in dem Payr mit Erfolg diese Methode anwandte. P. Wagner (Leipzig).

722. **Einiges über Prostatasekret;** von Dr. Geldberg in Wildungen. (Ztschr. f. Urologie II. 1908.)

G. berichtet über das Sekret bei gesunder, bei entzündeter und hypertrophischer Prostata.

„Die genauere Diagnostik der Prostatahypertrophie erfordert nicht nur Palpation, sondern auch die Untersuchung des exprimirten Sekretes. Bei Prostatikern, die nur gonorrhöisch und nicht durch Katheter inficirt waren, findet man dennoch sehr häufig zahlreiche Leukocyten im Sekret. Bei diesen ist das Sekret spärlich und schwer erhältlich. In unmittelbarer Folge schwerer langwieriger Gonorrhöe werden ältere Männer zuweilen von allen bei Prostatahypertrophie bekannten Beschwerden befallen; es handelt sich dann aber lediglich um chronische cystoparetische Prostatitis, wie sie auch Jüngere befallen kann. Das Verhalten des Lecithin im Sekret bei Prostatahypertrophie ist zum Theil durch verminderte sekretorische Aktivität, zum Theil durch Retention, zum Theil durch Wirkungen der Leukocytose zu erklären." Dippe.

723. **Valeur comparée des diverses prostatectomies;** par Dr. F. Cathelin. (Folia urolog. II. 6. 1908.)

Kurze Mittheilungen von 21 Prostatektomien. C. stellt folgende Schlusssätze auf:

„Trotz der ausgezeichneten Erfolge, die ich mit der perinealen Prostatektomie erreicht habe, und trotz der mittelmässigen Resultate meiner suprapubischen Prostatektomien, bleibe ich dabei, die Freyer'sche Methode als die Methode der Wahl anzusprechen: dieselbe ist schneller und leichter auszuführen und sicherer in ihren späteren Folgen. Der perineale Weg ist sicher gefahrloser, da ich keinen meiner nach dieser Methode Operirten verloren habe; sie birgt jedoch für die Zukunft solche Unannehmlichkeiten in sich, dass die Sectio alta ihr vorzuziehen ist.

Ich befolge also in meiner Praxis folgende Regeln: 1) Ist die Prostata klein, vernarbt oder vereitert, so wird man die subtotale perineale Prostatektomie machen, indem man sich dabei meines „désenclaveur" bedient. 2) Ist die Prostata sehr gross — was meistens der Fall ist —, so wird man nach Anlegung meines Messers (mensurateur) die hypogastrische transvesikale Prostatektomie ausführen. 3) Ist die Prostata besonders nach der Blase zu sehr gross, so wird man die combinirte Prostatoktomie nach meiner Methode machen. 4) Ist die Prostatahypertrophie mit Steinen verbunden, so wird man die Lithotripsie ausführen wegen der Wahrscheinlichkeit wiederholter Operationen. 5) Bei Prostatacarcinom soll man sich jedes Eingriffs enthalten." P. Wagner (Leipzig).

724. **Indikationen und Resultate der Blasennaht;** von Dr. Renner. (Beitr. z. klin. Chir. LXXXVIII. 3. 1908.)

Nach den Erfahrungen der Garrè'schen Klinik lässt sich die primäre Blasennaht auch auf Fälle von schwerer Cystitis ausdehnen. Verboten ist sie: „I. Bei Rupturen, Fremdkörpern und Steinen: 1) Schwer entzündliche und ulceröse Processe, soweit sie die Blasenwand in grösserer Ausdehnung und in allen Schichten betreffen. 2) Unmöglichkeit, einen guten Abfluss aus der Blase bei sehr engen Strikturen oder nicht mitoperirter Prostatahypertrophie durch Katheter herzustellen. 3) Eventuell schwere Nierenaffektionen, wenn sie jede Complikation oder Verlängerung der Operation als ungeeignet erscheinen lassen. 4) Möglichkeit stärkerer Nachblutungen. II. Bei Tumoren

und Prostatahypertrophie: Voraussicht starker Nachblutung, also bei allen nicht durch Naht gesicherten Defekten, bei Excochleation oder Kauterisation grösserer Tumoren, bei unvollkommener Entfernung der Prostata. Complicirte Nahtmethoden sind überflüssig."

Die Resultate der Blasennaht in Bezug auf Primärheilung lassen sich durch energische Vor- und Nachbehandlung bedeutend verbessern, da sie ja in der Hauptsache von der Urinbeschaffenheit abhängen. Die durchschnittliche Heilungsdauer ist durch öfteren völligen Bauchdeckenverschluss weiter herabzusetzen, der bei stärkerer Cystitis zweckmässig durch Offenhalten einer ganz kleinen Drainagelücke mit sofort angelegter, nach 5 bis 6 Tagen geknüpfter Sekundärnaht modificirt wird.

P. Wagner (Leipzig).

725. **Zur Nachbehandlung der suprapubischen Cystotomie;** von Dr. E. Finckh. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. 1908.)

Der von Hamilton Irving empfohlene Apparat für die Nachbehandlung des hohen Blasenschnittes hat sich auch in der v. Bruns'schen Klinik sehr gut bewährt. Der Hauptvorzug des Apparates ist der Schutz gegen jegliche Urinbenetzung des Körpers und des Bettes, sowie der Wegfall jeglichen aufsaugenden Verbandes. Die Bandage ist für alle Operationen, bei denen die Blase nicht durch Naht geschlossen werden kann oder eine primäre Vereinigung der genähten Blasenwunde ausbleibt, ausserordentlich zweckmässig. P. Wagner (Leipzig).

726. **Ueber Echinokokken der langen Röhrenknochen;** von Dr. A. Reich. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. 1908.)

Bei den menschlichen Echinokokkenerkrankungen kommt die Lokalisation im Knochensystem in einer Häufigkeit von 1.6% vor. R. theilt aus der v. Bruns'schen Klinik den ersten Fall von Knochenechinococcus aus Württemberg mit. Es handelte sich um einen 31jähr. Kr. mit Echinococcus des unteren Tibiaendes der rechten Seite. Er hatte von der Epiphysengegend seinen Ursprung genommen und war trotz 4jährigen Bestandes auf einen relativ kleinen Raum beschränkt. Wie jede Deformirung des Knochens, so fehlte auch jede produktive Knochenreaktion. *Die Therapie der Knochenechinokokken an den Gliedern* kann nur eine chirurgische sein. In der Regel genügt eine breite Eröffnung des Knochens mit gründlicher Entfernung aller Blasen und Sequester. Für die Continuitätsresektion mit irgend welcher Art von Knochenvereinigung eignen sich im Allgemeinen nur nicht allzuausgedehnte Geschwülste; mit Rücksicht auf die spätere Funktion auch diese meist nur dann, wenn sie die Arme betreffen. Auch verstümmelnde Operationen, Amputationen und Exartikulationen sind manchmal nicht zu umgehen. R. hat 31 Fälle von operirten Echinokokken langer Röhrenknochen zusammengestellt. 26 Kranke wurden geheilt, und zwar 19 durch conservative Operationen (incl. Resektionen) und 7 durch verstümmelnde Eingriffe.

Bezüglich der pathologisch-anatomischen Stellung des Knochenechinococcus kommt R. zu folgendem Ergebniss: „1) Es giebt einen *hydatidösen Knochenechinococcus*, der durch mechanisch bedingte relative Kleinheit der Blasen und, keineswegs ausschliesslich, exogene Proliferation Aehnlichkeiten mit dem Alveolarechinococcus bietet, sich von diesem aber hauptsächlich durch Excess der Blasengrösse, quantitativ verschiedene Reaktion des Wirthsgewebes und vor Allem beim Wechsel des Medium unterscheidet. Hierher gehören fast alle als multiloculär beschriebenen Knochenechinokokken. 2) Es giebt auch einen *echten alveolären Echinococcus des Knochens*, der ganz wesentlich seltener vorkommt und bis in die Einzelheiten mit dem Alveolarechinococcus der Leber übereinstimmt."

P. Wagner (Leipzig).

727. **Ueber Knochenbrüche bei Tabes und deren ätiologische Stellung;** von Dr. E. W. Baum. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXIX. 1—4. 1907.)

Trotz aller Anfechtungen scheint die zuerst von v. Volkmann vertretene mechanische Theorie für die Erklärung der Continuitätstrennungen am tabischen Knochen auch heute noch zu Recht zu bestehen. Herabsetzung des Muskeltonus, Aufhebung des Muskelsinnes und der Knochensensibilität und die hierin begründete Unfähigkeit der Kranken, die Anspannung der Muskulatur, die Belastung der Knochen und die Grösse eines Trauma richtig zu bewerthen, bilden die Hauptursache der sogen. tabischen Spontanfrakturen. Seitdem wir wissen, dass die Fraktur des Tabikers dieselbe Heilungstendenz zeigt, wie die eines gesunden Menschen, und dass ein nach modernen chirurgischen Grundsätzen behandelter Knochenbruch mit idealem funktionellem Resultate ausheilen kann, ist es eine unbedingte Forderung für den Arzt, sich der Behandlung einer tabischen Continuitätstrennung mit derselben Sorgfalt zu widmen, die er der Fraktur eines Gesunden zuwenden würde.

P. Wagner (Leipzig).

728. **Ein Beitrag zur Casuistik der Spontanfrakturen im Kindesalter;** von Dr. G. Hunarus. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 13. 1908.)

Bei einem $2^{3}/_{4}$jähr. Kinde entstand in Folge eines schweren Sturzes eine complicirte Fraktur des rechten Ellenbogengelenkes. Diese wurde zur Eingangspforte von Staphylokokken, und auf dem Wege der Blutbahn bildeten sich metastatische Herde im Marke der linken Ulna, der rechten und linken Tibia, des Metacarpus II der rechten Hand und des Beckenknochens (Symphyse), die zu einer Ernährungsstörung der Knochensubstanz führten und hierdurch anlässlich geringer Bewegungen des kleinen Kr. die Entstehung von Spontanfrakturen begünstigten. Die erste derartige spontane Continuitätstrennung trat an der linken Ulna auf; ihr folgten im Laufe der nächsten Tage solche am rechten und linken Schienbein und auch am Metacarpus II. Bei dem kleinen Kr. trat schliesslich vollkommene Genesung ein.

P. Wagner (Leipzig).

Digitized by Google

729. **Die traumatische Knochengelenkentzündung in ihrer Bedeutung für das Gutachten des Unfallarztes;** von Prof. König sen. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 37. 1908.)

Bei der *akuten Knochengelenkentzündung* stellt K. folgende Sätze als maassgebend für ein Gutachten auf: „1) Eine Knochengelenkentzündung ist mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit als traumatische zu betrachten, wenn sie in direktem Anschluss an eine Gewalteinwirkung aufgetreten ist. 2) Auch wenn im Verlauf von einigen Wochen, nachdem die Gewalt eingewirkt hatte, eine Knochengelenkentzündung an der getroffenen Stelle entstoht, ist man noch berechtigt, den Zusammenhang zwischen Gewalt und Entzündung mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen. 3) Traumatische Knochengelenkentzündungen können auch noch nach der oben angegebenen Zeit zur Erscheinung kommen und als solche anerkannt werden. Es muss aber dann einwandfrei erwiesen sein, dass von dem Moment des Unfalls bis zu dem Auftreten schwererer Entzündungserscheinungen Schmerz, Schwellung, eventuell leichte lokale Entzündungserscheinungen mit oder ohne Fieber, oder wenigstens leichte Funktionstörungen vorhanden waren. Bei der *traumatischen Tuberkulose des Knochengelenkapparates* ist sowohl durch den Thierversuch als auch durch die Erfahrung an Menschen bewiesen, dass sich die grosse Mehrzahl der traumatischen Tuberkulosen alsbald nach dem Stattfinden des Trauma entwickelt. Bei allen später auftretenden Erkrankungen muss, um die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges zuzugeben, nachgewiesen werden, dass bis zum Offenkundigwerden der Erkrankung von dem Momento des Unfalls an krankhafte Erscheinungen (Schmerz, Schwellung, Funktionstörung) vorhanden waren."

P. Wagner (Leipzig).

730. **Weitere Untersuchungen und Erfahrungen über Periosttransplantation bei Behandlung knöcherner Gelenkankylosen;** von Dr. M. Hofmann. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. 1908.)

H. hat eine Reihe von Thierversuchen unternommen, um festzustellen, ob das Periost seine specifischen Fähigkeiten der Knochenapposition und Resorption auch nach der Transplantation auf wunde Knochenflächen beibehält, also das Periost weiterfunktionirt oder nicht. Aus den in den Thierversuchen gemachten Erfahrungen, die wohl auch für den Menschen Geltung haben dürften, geht hervor, dass bei Hunden frei auf wunde Knochenflächen transplantirtes Periost dort nicht nur anheilt, sondern auch als Periost weiterdient. Es muss nur das Periost zur Transplantation dem Knochen so entnommen werden, dass seine Osteoblastenschicht möglichst erhalten bleibt, was am besten bei nur geringem Zug bei der Ablösung mittels Raspatorium unter Druck gegen die Knochenoberfläche geschieht.

Nachdem so durch experimentelle Untersuchungen und durch eine früher am Menschen gemachte günstige Erfahrung in einem Falle von Ellenbogenankylose die Grundlage für eine weitere Erprobung der Periosttransplantation gegeben war, hatte H. Gelegenheit, in 4 weiteren Fällen das Verfahren auf seine Brauchbarkeit zu prüfen. Es wurden je ein knöchern ankylotisches Knie-, Schulter- und Interphalangealgelenk operirt und bei einem schon einmal ohne Dauererfolg operirten Brückencallus zwischen Radius und Ulna wurde die knöcherne Vereinigung durch Periostüberkleidung der wunden Knochenflächen zu verhindern gesucht. In allen diesen Fällen hat die Periosttransplantation auf die wunden Resektionflächen der Gelenkkondon genügt, um neuerliche Ankylosirung zu hindern, und in der Folge trat mit zunehmendem Gebrauche sich steigernde aktive Bewegungsmöglichkeit der mobilisirten Gelenke ein. In keinem Falle kam es zu einem Schlottergelenk. Das die Knochenenden überkleidende Periost bildete einen natürlichen Abschluss der Knochen gegen ihre Umgebung und verhinderte die Vereinigung mit dem gegenüberliegenden Knochen.

P. Wagner (Leipzig).

731. **Ueber einige Radiusmissbildungen;** von Dr. M. Goerlich. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. 1908.)

Die von G. aus der Wörner'schen chirurgischen Abtheilung mitgetheilten Beobachtungen betrafen 2 Fälle von congenitaler partieller Synostose von Radius und Ulna; sowie je 1 Fall von rechtseitiger congenitaler Radiusluxation nach hinten und aussen; von doppelseitigem congenitalem Radiusdefekt und von erworbenem linkseitigem partiellem Radiusdefekt.

P. Wagner (Leipzig).

732. **Angeborene Ankylose der Fingergelenke mit Brachydaktylie;** von Dr. M. Goerlich. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. 1908.)

Doppelseitige angeborene knöcherne Ankylose des 1. Zwischengliedgelenkes vom 4. und 5. Finger im Verein mit Brachydaktylie der Hand und symmetrischer cutaner Syndaktylie im Bereiche der 2. und 3. Zehe bei einem im Allgemeinen in der Entwickelung etwas zurückgebliebenen 20jähr. Manne. Auch in der Familie des Kr. sollen Anomalien vorhanden sein, die aber nicht genau festgestellt werden konnten. Im Hinblick hierauf glaubt G. die Missbildung von einer der Keimanlage eigenthümlichen, endogenen mangelhaften Entfaltungtendenz ableiten zu müssen.

P. Wagner (Leipzig).

733. **Ueber echte Schenkelhalsfrakturen im kindlichen und jugendlichen Alter;** von Dr. O. Haldenwang. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. 1908.)

Während die in der Literatur bekannt gewordenen Fälle von Epiphysenlösungen am oberen Femurende schon einige Hundert betragen, finden sich Fälle echter Schenkelhalsbrüche im kindlichen und jugendlichen Alter nur sehr vereinzelt. H. hat diese Fälle zusammengestellt, jedoch nur soweit sie durch Röntgenbild oder Operation sicher festgestellt sind. Es sind dieses im Ganzen 23 Fälle, denen

Digitized by Google

H. 2 noch nicht veröffentlichte Fälle aus der v. Bruns'schen Klinik vorausschickt. Die insgesammt 25 Fälle betrafen Personen im Alter von 1—18 Jahren. Schenkelhalsfrakturen kommen also in jedem Lebensalter vor; sie sind im 1. Lebensjahrzehnt am seltensten und werden mit zunehmendem Alter immer häufiger. Die completen Frakturen des jugendlichen Schenkelhalses kommen am häufigsten an seiner Basis vor. Die Annahme, dass es sich bei den meisten jugendlichen Schenkelhalsbrüchen zuerst um Infraktionen oder um eingekeilte Frakturen handelt, ist nicht berechtigt. Bei den Schenkelhalsfrakturen kindlicher und jugendlicher Personen tritt in der Regel Consolidation ein; eine sorgfältig durchgeführte Behandlung der noch frischen Fraktur verspricht günstige Aussicht auf eine Heilung in guter Stellung; während sonst immer Coxa vara zurückbleibt.

P. Wagner (Leipzig).

734. **Ueber die schnellende Hüfte;** von Dr. M. v. Brunn. (Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 1. 1908.)

v. Br. hatte Gelegenheit, in der v. Bruns'schen Klinik eine Kranke mit *doppelseitiger schnellender Hüfte* zu beobachten und zu operiren.

Bei dem sonst ganz gesunden 15jähr. Mädchen entwickelte sich erst in der linken, dann in der rechten Hüftgegend eine Erkrankung, die dadurch charakterisirt war, dass bei jedem Schritt unter mässigen Schmerzen und begleitet von einem ruckartigen schnappenden Geräusch eine Vorwölbung in der Trochantergegend entstand, die wieder verschwand, sobald das zugehörige Bein entlastet wurde. Die Ursache war das Herübergleiten eines derben Fascienstranges über den Trochanter, von dem er durch eine mächtige Schicht lockeren Bindegewebes getrennt war. Entfernung der Bindegewebeschicht, Faltung und Fixirung der Fascie am Trochanter, *Heilung*.

Im Ganzen liegen bisher 9 genau beschriebene Fälle von *schnellender Hüfte* in der Literatur vor, 2 waren mit willkürlicher Subluxation im Hüftgelenk verbunden. Die *Aetiologie* des Leidens ist noch völlig dunkel, und wie es scheint, keine einheitliche. Das *Wesen der Erkrankung* kann man sich vielleicht so vorstellen, dass normaler Weise die Bursa trochanterica die Glutaenssehne in einem gewissen Abstand vom Trochanter hält, während die lockere Bindegewebeschicht dazu nicht in demselben Maasse befähigt ist. Es könnte dann an die Stelle des leichten Gleitens eine gewisse Arretirung an der hinteren Kante des Trochanter treten, die erst bei einer bestimmten Spannung des Muskels plötzlich mit einem Ruck überwunden wird.

P. Wagner (Leipzig).

735. **Ueber die operative Behandlung irreponibler vorderer Hüftluxationen;** von Dr. E. Streissler. (Beitr. z. klin. Chir. LVIII. 3. 1908.)

Str. theilt aus der v. Hacker'schen Klinik einen Fall von operativ behandelter irreponibler Luxatio obturatoria mit. Das Resultat war recht günstig.

Den heutigen operativen Standpunkt für die hinteren, wie auch für die vorderen irreponiblen Hüftluxationen präcisirt Str. folgendermaassen: Die *Resektion* bietet eine etwas einfachere Technik, braucht keine so ausgiebige Mobilisirung der Gelenkenden, führt auch in den veraltetsten Fällen zum Ziel, da die Schwartenmassen nicht so sorgsam entfernt und die verkürzten Muskeln um die Pfanne nicht so ausgiebig durchschnitten werden müssen. Dafür hat sie oft Verkürzungen des Beines im Gefolge, theils durch Wachsthumstörungen an der oberen Femurepiphyse bei jüngeren Leuten, theils durch Luxation des Femurschaftes auf das Darmbein, was auch ein anfänglich gutes Resultat zu einem schlechten machen kann. Die *blutige Reposition* ist zwar eingreifender, erfordert eine genaue Kenntniss der pathologisch-anatomischen Veränderungen veralteter Luxationen, benöthigt eine tadellose Asepsis, bei starker Muskelcontraktur ausgiebige Incisionen, hat eine ausgiebige Mobilisirung der Gelenkenden unter Vermeidung der Gefahr der Kopfnekrose zur Bedingung, ergiebt dafür aber auch die vollkommensten Resultate: „Wir werden daher die *Operation stets im Sinne einer blutigen Reposition beginnen* und damit in fast allen frischen und den meisten veralteten Fällen zum Ziele kommen."

Die Casuistik enthält 11 Fälle von Resektion, 2 Fälle von Osteotomie und 9 Fälle von blutiger Reposition. P. Wagner (Leipzig).

736. **Zur Casuistik seltener Luxationen des Schultergelenks, des Beckens und Hüftgelenks;** von Dr. Lindenstein. (Beitr. z. klin. Chir. LXXXVIII. 3. 1908).

L. berichtet über 3 seltene Luxationfälle: 1) Luxatio humeri retroglenoidalis infraspinata. 2) Luxation einer Beckenhälfte. 3) Luxatio femoris perinealis.

P. Wagner (Leipzig).

737. **Zur Frage der Osteochondritis dissecans am Knie;** von Prof. K. Lndloff. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. 1908.)

Auf Grund eigener Untersuchungen erklärt sich L. die Entstehung der freien Körper im Kniegelenke, die nicht in Folge eines schweren Trauma (Contusion oder Distorsion) oder in Folge der Arthritis deformans oder eines sonstigen destruirenden Processes des ganzen Gelenkes entstehen, auf folgende Weise: Geringe, öfter vorkommende Zerrungen des Kniegelenkes durch Ueberstreckung und Innenrotation schädigen die Art. genu media. Dadurch tritt Störung der Cirkulation in dem lateralen Theil des Condylus medialis in der Gegend der Insertion des Lig. cruciat. post. und allmähliches Absterben des ausser Ernährung gesetzten Knochenbezirkes ein. Nachdem das Knochenstück abgestorben ist, kommt es später zur Dissektion der darüber liegenden Knorpeldecke, die nun an dieser Stelle auch nicht mehr genügend ernährt wird. Eine Zeit lang wird dieser Knorpelknochenkörper noch in seiner Nische festgehalten, bis auch die Sharpey'schen

Digitized by Google

Fasern absterben oder durch andere Traumen abgerissen werden. In diesem Augenblick wird der vorher allmählich gebildete freie Körper in das Gelenk „geboren", und damit treten die Erscheinungen des freien Körpers auf.

P. Wagner (Leipzig).

738. **Unvollständige Abrissfrakturen der Tuberositas tibiae oder Wachsthumsanomalien?** von Prof. C. Schlatter. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. 1908.)

Auf Grund von 7 eigenen Beobachtungen hat Sch. früher auf das nicht seltene Vorkommen von unvollständigen Frakturen des schnabelförmigen Epiphysenfortsatzes der Tuberositas tibiae aufmerksam gemacht. Jetzt theilt er 8 weitere Beobachtungen mit, die 13—14jähr. Kr. männlichen Geschlechtes betrafen. Die früher geäusserte Vermuthung Sch.'s, dass bei jüngeren Leuten der Sitz der Verletzung mehr gegen die Spitze hin (oberhalb des unteren Knochenkernes) liege, während bei älteren deren Epiphysenfortsatz durch die Ossifikation härter geworden ist, eher ein Abheben des ganzen Fortsatzes mit Bruch an seiner oberen Basis zu erwarten ist, scheint in dem beträchtlich angewachsenen Beobachtungsmaterial ebenfalls Bestätigung zu finden. In der Mehrzahl der Fälle ist die Fraktur der tuberositas tibiae eine wirkliche Abrissfraktur, hervorgerufen durch Muskelzug (Fussballspiel!). Die beste Behandlung bleibt die Ruhigstellung des Kniegelenkes durch immobilisirende Verbände. P. Wagner (Leipzig).

739. **Ueber Verletzungen im Bereiche der Fusswurzelknochen mit besonderer Berücksichtigung des Os naviculare;** von Dr. H. Finsterer. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. 1908.)

Diese der v. Hacker'schen Klinik entstammende, sehr ausführliche Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Referate. Die bisher vorliegende Casuistik vervollständigt F. durch neue Beobachtungen aus der v. Hacker'schen Klinik: 2 Fälle von Calcaneusfraktur; 2 Fälle von Talushalsfraktur; 3 Fälle von Fraktur des Os naviculare; 1 Fall von Fraktur des 1. Keilbeins. P. Wagner (Leipzig).

740. **Ueber die isolirte Fraktur des Os naviculare tarsi;** von Dr. A. Hoffmann. (Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. 1908.)

Mittheilung eines Falles von isolirter subcutaner Fraktur des Os naviculare tarsi bei einem 20jähr. Kr. Die Röntgenbilder ergaben eine Compressionsfraktur; das Os naviculare erscheint in der Längsachse des Fusses lateral verschmälert und ist am Dorsum pedis deutlich prominent. Keinerlei nachweisbare Veränderungen an einem anderen Fussknochen.

In der Literatur finden sich noch 22 als Naviculafraktur bezeichnete Fälle. Die *Diagnose* kann mit Sicherheit nur durch Röntgenaufnahme gestellt werden. Die *Therapie* hat danach zu streben, möglichst normale Verhältnisse wieder herzustellen, jedenfalls zu verhindern, dass ein Pes valgus entsteht. Unter Umständen muss die Tuberositas oss. naviculi abgetragen oder der ganze Knochen exstirpirt werden. P. Wagner (Leipzig).

741. **Der Flüssigkeitshaushalt im gesunden und im kranken Bindehautsack;** von Prof. Otto Schirmer in Strassburg. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 11. 1908.)

Während 16 Stunden des Wachens werden 0.5—0.75 g Thränen producirt, von denen etwa 0.27 g verdunsten. Die Thränen werden wohl nur von den Thränendrüsen geliefert. Die Bindehaut ist an der Thränenproduktion, wenn überhaupt, nur in ganz geringem Grade betheiligt. Sie sorgt aber dafür, dass die durch Verdunstung stetig zunehmende Concentration der Flüssigkeit durch Diffusion wieder ausgeglichen wird. Die Thränendrüse secernirt — ausser beim psychischen Weinen — nur auf äussere Reize hin. Die nicht verdunstete Thränenmenge wird durch die Lidschläge — also Muskelzug — in den Thränensack aspirirt und durch elastische Kräfte weiter in die Nase befördert. Der Flüssigkeitstrom im Thränenschlauch hat für gewöhnlich eine Schnelligkeit von nicht 1 mm in der Minute. — Im Schlaf sistirt die Absonderung der Thränendrüse. — Verschluss des Thränenschlauches auch durch Exstirpation des Sackes führt immer zu Epiphora. Exstirpation beider Thränendrüsen führt nicht zur Austrocknung des Conjunktivalsackes, weil die Conjunktiva durch den Reiz der Austrocknung zur Sekretion von Thränen angeregt wird. Bei Facialislähmung fehlt die Thränenabfuhr, daher Ueberschuss an Feuchtigkeit auch in den Fällen, in denen die excitolacrimalen Fasern im Facialisstamme gelähmt sind.

F. Schoeler (Berlin).

742. **Ueber den Frühjahrskatarrh;** von Friedrich Feldmann in Giessen. (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenhkde. VII. 6. 1908.)

F. giebt kurz eine Schilderung der Erscheinungen des von Saemisch zuerst so benannten Frühjahrskatarrhs. Dann fasst er die mikroskopischen Untersuchungen und ihre Ergebnisse zusammen: die ersten Veränderungen beim Frühjahrskatarrh spielen sich im subepithelialen Gewebe ab und das Epithel wird erst sekundär in Mitleidenschaft gezogen (Schieck, Mayon, Lafon, Axenfeld). Es findet sich überhaupt nicht regelmässig eine epitheliale Zellenvermehrung, im Gegentheil sind Fälle beobachtet, in denen das Mikroskop eine deutliche Abflachung und Verdünnung des Epithels erkennen liess. — Wegen der Entstehung des Frühjahrskatarrhs schliesst sich F. ganz der Kreibich-Dimmer'schen Ansicht an, dass in den kurzwelligsten sichtbaren und den ultravioletten Strahlen des Sonnenlichts der Grund der Erkrankung zu suchen ist. Die Therapie solle deshalb hauptsächlich in Abhaltung des Lichtes bestehen.

F. Schoeler (Berlin).

743. **Herpes zoster ophthalmicus;** von Dr. Osterroht. (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenhkde. VII. 1. 1907.)

Im Zusammenhang mit 2 klinischen Beobachtungen aus der Giessener Augenklinik giebt O. einen Ueberblick über die klinischen Zeichen des Herpes (zoster ophthalmicus). Pathologisch-anatomische Befunde über den Herpes zoster ophthalmicus liegen nicht vor. O. zieht zum Vergleich die Untersuchungsergebnisse bei Herpes zoster commun. heran. Als Ursachen kommen in Betracht Verletzungen, Giftwirkungen, Allgemeinleiden und Infektionkrankheiten. So günstig der Verlauf beim Hautherpes ist, so bedenklich kann er für das Auge werden, weil erhebliche Sehstörungen durch Hornhauttrübung zurückbleiben können, „ja selbst der ganze Augapfel unter Umständen entfernt werden muss". Die Behandlung hat sich neben der Berücksichtigung des Allgemeinleidens den einzelnen Krankeitzeichen zuzuwenden. Die Veränderungen am Auge werden örtlich ebenso behandelt, „wie wenn sie ohne Zoster ophthalmicus aufgetreten wären." Bergemann (Husum).

744. **Die Bedeutung der Anästhetica für die Behandlung der durch Aetzgifte entstandenen Hornhauttrübung;** von Dr. Guillory. (Arch. f. Augenhkde. LXI. 1. p. 38. 1908.)

G.'s Versuche, die am Kaninchenauge nach genau beschriebener Anordnung vorgenommen wurden, gingen von der Thatsache aus, dass mit der Epithelschädigung durch die Anästhetica ihre Eigenschaft eng zusammenhängt, das Eindringen von löslichen Stoffen aus dem Bindehautsack in und durch die Hornhaut zu beschleunigen. Dieser Umstand kann von wesentlicher Bedeutung werden, wenn zu Heilzwecken aufhellende Augenbäder bei Hornhauttrübungen zur Anwendung kommen, die durch metallische Aetzungen hervorgerufen sind. Neben dem Cocain prüfte G. die gebräuchlichen Ersatzmittel dieses ältesten Anästheticums zum Theil in gleichzeitiger Anwendung von Adrenalin, auf ihre Fähigkeit, die Aufnahme gelöster Stoffe in die Hornhaut zu beschleunigen. Aus den ausführlich geschilderten klinischen, mikroskopischen und mikrochemischen Befunden geht hervor, „dass deutliche und zum Theil nicht unerhebliche Unterschiede bezüglich ihrer Wirkung auf die Diffusion bei den verschiedenen Anästheticis vorhanden sind. Nach der Stärke dieser Wirkung geordnet, würde sich die Reihenfolge ergeben: Holocain, Alypin, Eucain, Cocain, Tropacocain, Stovain, Novocain." Die Versuche bestätigen u. A. die alte Erfahrung, dass die Anwendung von Bleilösungen am Auge bedenklich ist, wenn nicht die Unversehrtheit der Hornhautdecke sichergestellt ist. G.'s Feststellungen lehren ferner, wie gefahrbringend für das Auge die gleichzeitige Verwendung von Bleilösungen und Anästheticis ist, auch wenn gröbere Gewebeschädigungen nicht sichtbar sind. Bergemann (Husum).

745. **Ueber Keratitis parenchymatosa und Ulcus internum corneae;** von Prof. E. v. Hippel. (Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 2. p. 354. 1908.)

Unter den von v. H. anatomisch untersuchten Augen mit Keratitis parenchymatosa ist in einem Falle zum 1. Male die Spirochaeta pallida in der menschlichen Hornhaut sicher festgestellt worden. Es handelte sich um eine intrauterin entstandene primäre Keratitis parenchymatosa. An einer anderen Hornhaut wurde die klinische Diagnose eines Geschwüres an der Hornhauthinterfläche durch den anatomischen Befund bestätigt. v. H.'s Ausführungen stützen sich auf sorgfältige eigene Untersuchungen und entsprechend gedeutete Beobachtungen anderer Forscher. Die Einzelheiten der eingehenden Beweisführung müssen in der Abhandlung nachgelesen werden. Nach v. H. „giebt es im anatomischen Sinne sicher eine primäre Keratitis syphil., ob auch eine primäre Keratitis parenchymatosa tuberculosa steht bisher nicht fest, ist aber keineswegs auszuschliessen" . . . „Der Nachweis der Spirochaeta in der parenchymatös entzündeten Hornhaut spricht in Verbindung mit dem Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen mit hoher Wahrscheinlichkeit, aber noch nicht mit voller Sicherheit dafür, dass die Einwanderung der Parasiten in die Cornea Vorbedingung zum Zustandekommen der Erkrankung ist" . . . „Ektatische und adhärente Leukome sowie Staphyloma können entstehen ohne eitrige Geschwürsbildung der Hornhautoberfläche, ohne Perforation der Hornhaut und . . . ohne Einschmelzung derselben." Bergemann (Husum).

746. **The eye symptoms of sporadic trichinosis, with report of cases;** by Frank J. Parker. (New York med. Record LXXII. 5. 1907.)

Die Augenerscheinungen äusserten sich bei allen 6 Kranken als beiderseitiges Lidödem, das bei 4 vergesellschaftet war mit Bindehautreizung; 4 klagten über Empfindlichkeit im Augapfel und Schmerzen bei der Augapfelrollung, 1 hatte Blutaustritte in der Bindehaut; bei einem war das erste Zeichen der Trichinose Doppeltsehen; 1 litt an frischer Nierenentzündung mit Neuroretinitis. P. vertritt den Standpunkt, dass die Lidschwellung eine Begleiterscheinung der Muskelerkrankung sei, die sich histologisch als interstitielle Myositis darstellt. Die allgemeinen körperlichen Störungen der Trichinose bestanden in Muskelschmerzen, typhoidem Fieber, 1—2% Leukocytose, 10—70% Eosinophilie. Der mikroskopische Nachweis der Trichinen kann versagen, solange die Verbreitung der Trichinen zu Anfang der Erkrankung noch zu gering ist.

Bergemann (Husum).

747. **Wucherungen und Geschwülste des Ciliarepithels;** von Prof. E. Fuchs. (Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 3. p. 534. 1908.)

Digitized by Google

F. schildert in ausführlicher Weise die senilen und die gröberen entzündlichen Wucherungen des Ciliarepithels, wie man sie häufig mikroskopisch findet, und bespricht ihre Entstehung, um dann auf die ausserordentlich seltenen Geschwülste des Ciliarepithels überzugehen. Die gutartigen Geschwülste, die sogenannten Adenome, finden sich bei älteren Leuten in den Jahren von 53—81. Sie machen in der Regel keine klinisch bemerkbaren Veränderungen, sondern werden erst bei der Sektion des Auges gefunden. Nur in einem Falle hatte die Grösse der Geschwulst (Coats) zu Sarkomverdacht geführt. F. will sie als gutartige epitheliale Geschwülste des Ciliarkörpers bezeichnen, da die anderen Bezeichnungen nicht gerechtfertigt sind.

Die bösartigen Geschwülste theilt er 1) in Geschwülste mit der Struktur embryonaler Netzhaut (Diktyome). Von diesen sind 4 Fälle veröffentlicht, die folgende gemeinschaftliche Kennzeichen haben: Sie entstehen in kindlichen Augen ($2^1/_2$ bis 8 Jahre), sind ungefärbt, gehen vom Ciliarkörper aus und haben zuerst ein flächenhaftes Wachsthum. Sie veranlassen in Folge der Auskleidung der inneren Oberfläche der Augenkammern Verschluss der Abflusswege und dadurch Drucksteigerung und Ektasirung des Auges. Später dringen sie in das Gewebe selbst ein und zeigen dadurch ihren destruirenden Charakter. Am meisten Aehnlichkeit haben sie mit den Gliomen, ohne mit ihnen übereinzustimmen. 2) Geschwülste, die nicht die Netzhaut im Ganzen, sondern höchstens das einreihige Ciliarepithel, bald mehr, bald weniger typisch nachbilden.

Diese Geschwülste zerfallen wieder in 3 Unterarten: a) Geschwülste nach dem Typus des einreihigen Ciliarepithels (Fall von Treacher Collins); b) Geschwülste bestehend aus Zellenschläuchen (Fall von Fuchs); Geschwülste mit regelloser Aneinanderlagerung der Zellen (Fall von Schlipp).

Im Anhange bespricht F. noch die Geschwülste des retinalen Epithels der Iris und des Pigmentepithels der Netzhaut, wie sie von Hirschberg-Birnbacher, Robertson und John Griffith in je einem Falle gefunden sind.

Fr. Schoeler (Berlin).

748. **Ueber die lokalen Unterschiede der Verschmelzungsfrequenz auf der Retina und ihr abweichendes Verhalten bei der Amblyopia congenita;** von Dr. W. Lohmann in München. (Arch. f. Ophthalmol. LXVIII. 3. p. 395. 1908.)

Als „Verschmelzungsfrequenz" bezeichnet man nach v. Kries die Zahl der Unterbrechungen, die nothwendig ist, damit ein periodischer Reiz einen gleichmässigen Eindruck macht. Versuche, die von Exner, Bergel und L. angestellt worden sind, haben ergeben, dass für das Netzhautcentrum bei einer weit geringeren Zahl von Unterbrechungen ein steter Eindruck entstand, als für die peripherischen Netzhautstellen sowohl bei diffusem Tageslichte, als auch bei herabgesetzter Beleuchtung. Letzteres hatten schon Bellarminoff und Braunstein beobachtet. Dieses Ueberwiegen der Netzhautperipherie über das Centrum erklärt L. übereinstimmend mit Bergel durch den anatomischen Bau der Netzkaut: Folgen die Einzeleindrücke so schnell aufeinander, dass für das Netzhautcentrum der zweite Reiz noch in das Nachbild des ersten fällt, so wird daraus eine Verschmelzung der Einzelempfindungen zu einer Gesammtempfindung entstehen. Wenn dagegen, wie es in der Peripherie der Fall ist, das Netzhautbild des äusseren Objektes erst einen grösseren Raum durchlaufen muss, um durch eine Nervenfaser einen Eindruck dem Gehirne übermitteln zu können, ... dann können wir es sehr wohl begreifen, dass wir mit den peripherischen Theilen der Netzhaut bei schnellen Bewegungen noch Einzeleindrücke wahrnehmen, während wir durch die centralen Theile der Retina bereits einen Gesammteindruck empfangen.

Auf Grund dieser Thatsachen untersuchte L. die centrale und peripherische Verschmelzungsfrequenz bei amblyopischen Augen und fand, dass bei diesen der Unterschied der lokalen Verschmelzungsfrequenz wie im normalen Auge sich nicht findet, sondern dass die Ungleichmässigkeiten geringer sind. Er zieht daraus den Schluss, dass im amblyopischen Auge in der Netzhautgrube ähnliche Verhältnisse vorliegen, wie sie in der Netzhautperipherie des normalen Auges gegeben sind.

Möglicher Weise lässt sich die Prüfung der Verschmelzungsfrequenz als Unterscheidungsmerkmal für die Differentialdiagnose der angeborenen und der organischen Amblyopie benutzen.

Fr. Schoelor (Berlin).

749. **Die Bedeutung der Nahearbeit für die Entstehung der Kurzsichtigkeit;** von Dr. Thorner. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 16. 1908.)

Th. benutzte zur genaueren Beobachtung der Augenbewegungen bei verschiedenen Beschäftigungsarten seinen Augenspiegel, mit dem der Augengrund in starker Vergrösserung betrachtet werden kann. Dadurch sind sehr feine Bewegungen wahrnehmbar, die sich der Beobachtung mit blossem Auge entziehen. Die Versuche wurden so angestellt, dass am linken Auge die Bewegungen geprüft wurden, während unter Leitung des rechten Auges mit Hülfe eines besonders dazu eingerichteten Prisma die Arbeit geleistet wurde. „Es zeigte sich nun als wichtigstes Resultat, dass beim Sehen in der Ferne oder bei Beschäftigungen, die nicht zur Nahearbeit gehören, fast continuirliche Bewegungen ausgeführt werden, dagegen bei Nahearbeiten häufig discontinuirliche Bewegungen vorkommen. Und hier ist es ganz besonders das Sehen, welches nur in sehr zahlreichen discontinuirlichen Bewegungen

Digitized by Google

erfolgt." „Da es sich herausstellt, dass die Anzahl der stossweisen Bewegungen beim Lesen unabhängig von der Entfernung ist, in der man das Buch hält, und da ebenfalls gleich schnell gelesen wird, ob man den Text etwas weiter ab oder etwas näher an das Auge heranhält, so fällt natürlich die einzelne Bewegung desto grösser aus, je mehr man den Text annähert. Die Zerrung wird dementsprechend bei grösserer Annäherung eine stärkere. Es wird also ein beginnender Myop, der ohne Glas liest und deshalb den Text mehr annähern muss, dadurch das Auge mehr schädigen, als wenn er mit dem korrigirenden Glase in derselben Entfernung wie ein Normalsichtiger liest, ein Grund mehr, die Vollkorrektion auch für die Nahearbeit anzuwenden."

Bergemann (Husum).

750. **The importance of correct diagnosis in diseases of the eye is the chief reason why opticians should not prescrive glasses;** by Edw. Davis. (Post-Graduate XXIII. 3. p. 225. 1908.)

D. setzt auseinander, welche Gefahren für Auge und Gesundheit die laienhafte Verordnung von Augengläsern durch Optikor bedeutet. Er verlangt, dass der Brillenhändler in ein ähnliches Verhältniss zum Arzte gebracht wird wie der Apotheker, d. h. nur nach ärztlicher Verordnung Augengläser verabfolgen darf.

Bergemann (Husum).

751. **Ueber „Blaublindheit" durch Gelbfärbung der Linse;** von Dr. C. Hess. (Arch. f. Augenhkde. LXI. 1. p. 29. 1908.)

Die Kr., die H. Gelegenheit zu seinen bedeutsamen Untersuchungen darbot, hatte folgenden Augenbefund: „Bei erweiterter Linse giebt die Linse mit seitlicher Beleuchtung bei Tageslicht untersucht einen tief dunkel hranngelben Reflex. bei Durchleuchtung mit dom Augenspiegel erscheint das Pupillarfeld ziomlich gleichmässig roth, von radiären Linsentrübungen findet sich keine Spur; der Fundus ist in allen Einzelheiten leicht zu erkennen und orscheint, abgesehen von einem schmalen myopischen Conus, vollständig normal; insbesondere sind auch in der Foveagegend koine krankhaften Veränderungen nachweisbar." Aus H.'s Feststellungen, dio mit allen in Betracht kommenden Untersuchungsmitteln erhoben wurden, geht hervor, dass „blaues Licht", d. h. soleho Strahlungen, die vom regelrecht empfindenden Auge unter gewöhnlichen Verhältnissen hlau gesehen werden, bei der untersuchten Person nicht dio Wahrnehmung von blau hervorzurufen vermag, vielmehr annähornd farblos erscheint. *„Ihr Farbensehen verhält sich so, wie das eines normalen, mit röthlich-gelb gefärbtem Glase versehenen* (odor in einem von dem röthlich-gelben Licht einer gewöhnlichen Gasflamme bestrahlten Raume sehenden) *Auges."* Es handelt sich also nicht etwa um einen Ausfall hlauempfindender Fasern im Sinne der Dreifasertheorie. Somit ist durch H. die bisher noch nicht bekannt gewesene Thatsache erwiesen, *„dass die Gelbfärbung der menschlichen Linse ohne störende Beeinträchtigung ihrer Durchsichtigkeit genügend hohe Grade erreichen kann, um durch Absorption vollständige „Blaublindheit" des Auges herbeizuführen"*.

Bergemann (Husum).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

752. **Ueber die Verunreinigung von Conservenbüchsen nach der Sterilisation;** von Prof. Pfuhl. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 209. 1908.)

Pf. bestätigt seine frühere Angabe, dass sterilisirte und später verderbende Conserven nach der Sterilisation inficirt worden sind, und räth dringend, alle Büchsen nach der Sterilisation noch einmal auf ihre Dichtigkeit zu prüfen. Die Undichtigkeit entsteht meist an den Falznähten. Dippe.

753. **Ueber Menge und Vertheilung des Phosphors in einigen Nahrungsmitteln;** von W. Heubner und M. Reeb in Strassburg. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. 1908. Festschr. f. Schmiedeberg p. 265.)

Die Bestimmungen erstreeken sich auf eine grosse Anzahl der wichtigsten Nahrungsmittel. Ihre Ergebnisse sind in Tabellen zusammengestellt. Auffallend sind die Verschiedenheiten bei den Gemüsen: Gelbe Rüben enthalten eben so viele Phosphatide wie Zuckerrüben, aber doppelt soviel Phosphate, wasserlösliche Ester und Nucleinsubstanzen. „Die Fraktion der wasserlöslichen Ester bei Pflanzen darf man vielleicht bis auf Weiteres in der Hauptsache auf Phytin (Inositphosphorsäure) beziehen; der hohe Werth, den die Kleie für diese Fraktion aufweist, stimmt mit den bisher über das Vorkommen des Phytins gemachten Erfahrungen überein." Als Beispiel für die Verschiedenheiten im Phosphorgehalte unserer Nahrung und für den praktischen Werth ihrer Bestimmungen führen H. u. R. an, dass ein Gemisch von Kuhmilch und Kleie 10mal so viel Phosphor enthält wie ein Gemisch von Reis und Hühnereiweiss. Dippe.

754. **Zur Variabilität der Milch.** *Ueber den Einfluss verschiedener Salzbeigaben auf die Zusammensetzung und Menge der Milch;* von Georg v. Wendt. (Skand. Arch. f. Physiol. XXI. 2 u. 3. p. 89. 1908.)

v. W. fasst das zusammen, was sich zur Zeit im Allgemeinen über Wesen, Zusammensetzung u. s. w. der Milch sagen lässt, und berichtet dann über Versuche, die er in dem Landwirthschaftlichen Institute zu Leipzig ausgeführt hat.

Ergebnisse: „Das Futter übt, bestimmte Verhältnisse vorausgesetzt, nur einen sehr beschränkten Einfluss auf die Milchzusammensetzung aus. Von den geprüften Beigaben üben das Kochsalz, die Kreide, das Natriumphosphat, das Magnesiumbromid und das glycerinphosphorsaure Calcium keinen gesetzmässigen Einfluss auf die Milchzusammensetzung aus. Das saure Calciumphosphat scheint, wenn auch nicht immer, doch oft die Fettmenge der Milch in günstigem Sinne zu beeinflussen. In den meisten Fällen ruft diese Beigabe eine kleine Steigerung der relativen Menge des Milchcalciums

hervor. Die Variabilität in der Zusammensetzung der Milch von Kühen verschiedener Rassen und in verschiedener Laktationszeit ist in der Hauptsache gleich gross. Die Albuminmenge nimmt im Gegensatz zu den übrigen Bestandtheilen der Milch während der fortschreitenden Laktation nicht zu; auch ist die procentuale Menge des Albumins der Milch des Höhenviehes etwa dieselbe wie die der Milch des Niederungsviehes. Von den Milchbestandtheilen sind in der aufgeführten Ordnung Phosphor, Stickstoff, Casein am wenigsten, Calcium (Milchzucker?), Fett und Milchzucker mehr, Chlor, Alkalimetalle (Kalium) und Albumin am meisten variabel."

Dippe.

755. **Die Wirkung des Fleisches auf Vegetarianer;** von Pietro Albertoni und Felix Rossi in Bologna. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. 1908. Festschr. f. Schmiedeberg p. 29.)

A. u. R. gaben italienischen Bauern, die, ebenso wie ihre Vorfahren, von Jugend an fast nur Pflanzenkost (Maismehl, Grünzeug und Olivenöl) genossen hatten, Fleisch und beobachteten davon eine sehr günstige Einwirkung. Die Leute nahmen ohne Weiteres weniger Nahrung zu sich, verarbeiteten und resorbirten diese aber wesentlich besser. Gerade auch die gewohnten Vegetabilien wurden besser ausgenutzt als vorher. Körpergewicht und Körperkraft nahmen zu. Das Hämoglobin wurde vermehrt. A. u. R. schliessen sich dem Ausspruche Pflüger's an: „Eine Zulage von Eiweiss zu dem Erhaltungsfutter bedingt eine Vergrösserung des Stoffwechsels und der Leistungsfähigkeit des Geschöpfes."

Dippe.

756. **The proteins of rice;** by O. Rosenheim and S. Kajinra. (Journ. of Physiol. XXXVI. 6. 1908.)

Merkwürdiger Weise ist der Reis, der doch die Grundlage der Ernährung grosser Völkerschaften bildet, noch niemals genauer auf seinen Gehalt an Proteinen untersucht worden. R. u. K. konnten ein Reis-Globulin und ein Reis-Albumin nachweisen, sowie ein Protein, das unlöslich in Wasser, Salzlösung und Alkohol ist, dagegen löslich in verdünnten Alkalilösungen, und das R. u. K. Oryzenin nennen. Charakteristisch für Reis ist demnach die Abwesenheit eines in Alkohol löslichen Proteins, was die Untauglichkeit des Reises zum Brotbacken erklärt, da zur Bildung des Glutens, des wesentlichen Bestandtheiles des Teiges, ein alkohollösliches Protein nothwendig ist. Das Fehlen dieses Stoffes machen R. u. K. auch verantwortlich für das Auftreten der Beri-Beri-Erkrankung nach ausschliesslicher Reisnahrung.

G. F. Nicolai (Berlin).

757. **Zur Frage vom Einfluss des Tabakrauches auf Thiere;** von Dr. E. v. Zebrowski. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 15. 1908.)

Kaninchen magern zunächst erheblich ab. Dann bilden sich Veränderungen in den Herzganglien (Vacuolen, Zellenchromatolyse) und in der Aortenwand (Nekrose, Zellenvermehrung, Neubildung von Knorpelgewebe).

Schlechter Tabak enthält mehr Nicotin als der theuere. Die Pyridine sind im Tabak wahrscheinlich unschuldig. Es giebt aber noch andere Gifte darin, die lähmend auf Kaninchen wirken und Abmagerung hervorrufen.

Dippe.

758. **L'action du tabac sur la grossesse;** par R. Robinson. (Académie des Sciences. Séance du Sept. 21. 1908.)

Ausgehend von der Thatsache, dass bei Tabakarbeiterinnen sehr häufig Fehlgeburten beobachtet worden, hat R. eine Reihe von Experimenten bei Thieren vorgenommen und ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass weder das Tabakextrakt, noch der Tabakrauch, mit denen die Versuchsthiere vergiftet wurden irgend welche abortive Wirkung ausüben. Wenn Anderes bei Kaninchen beobachtet worden ist, so darf man nicht vergessen, dass diese Thiere überhaupt sehr leicht abortiren und, dass bei ihnen relativ geringfügige Eingriffe genügen, um eine Fehlgeburt zu Stande kommen zu lassen. Was die Frau anbetrifft, so ist es bekannt, dass Frauen mit gesundem Genitale sehr schwer abortiren, falls aber Erkrankungen der Geschlechtstheile bestehen, so ist auch häufig Abortus zu beobachten. Nun ist es aber sicher, dass ein grosser Theil der Tabakarbeiterinnen mit Gonokokken oder Spirochaeten inficirt ist, dass ferner die Lebensweise eine unhygieinische ist, so dass es nicht verwunderlich erscheinen muss, wenn diese eine besondere Neigung zu Fehlgeburten zeigen, ohne dass es nothwendig wäre, das auf Rechnung einer chronischen Tabakvergiftung zu setzen. Im Orient, wo die Frauen ausnehmend viel rauchen, werden keine Fehlgeburten, die auf Tabakgenuss zurückzuführen wären, beobachtet.

E. Toff (Braila).

759. **Beiträge zur Kenntniss der Körpertemperatur der Menschen;** von Dodo Ranoken. (Skand. Arch. f. Physiol. XXI. 2 u. 3. p. 161. 1908.)

R. studirte den Einfluss verschiedener Vorgänge und Einwirkungen auf unsere Körpertemperatur und kam zu folgenden Ergebnissen:

„Fassen wir die Resultate dieser Untersuchungen zusammen, so finden wir, dass der Muskelthätigkeit eine besonders wichtige Rolle in Bezug auf alle Variationen im Gang der Körpertemperatur zuzuertheilen ist. Die Wärmebildung bei allen Oxydationsprocessen, die mit grösserer oder geringerer Intensität, unabhängig von der Muskelthätigkeit ununterbrochen in den verschiedenen Theilen des Organismus vor sich gehen, unterliegt keinen grösseren, raschen Veränderungen, die sich in Hinsicht auf die Rectaltemperatur bemerkbar machen würden.

Digitized by Google

Aus den Versuchen mit Muskelarbeit geht hervor, dass die Arbeit, die ein einzelner Körpertheil ausführt, während die übrige Muskulatur sich in absoluter Ruhe befindet, verhältnissmässig gross sein muss, damit die dabei erzeugte Wärme auf die Rectaltemperatur einwirken soll. Betheiligt sich jedoch ein grösserer Theil der Muskulatur an der Arbeit, so wird die Temperatur durch unbedeutende Variationen in der Intensität der Arbeit beeinflusst.

Um zu verhindern, dass die Temperatur unter 37.0° fiel, bedurfte es in einem Versuche einer Arbeit von nicht weniger als etwa 400 kg für 5 Minuten, wenn die Arbeit mit einem Beine in liegender Stellung ausgeführt wurde, während in zwei Versuchen die geringe Anstrengung des Stehens ausreichend war, um die Temperatur auf etwa 37.45° zu erhalten; auch reichte der erhöhte Muskeltonus, die verstärkte Muskelthätigkeit ohne absichtliche Bewegung oder Spannung, die eine Folge des Umstandes war, dass W. mit Ungeduld auf sein Essen wartete, hin, um die normale Temperaturabnahme in hohem Grade zu reduciren.

Nach der Aufnahme von Nahrung verhält sich die Temperatur auf die gleiche Weise, wie in nüchternem Zustande, d. h. wenigstens 12 Stunden nach der letzten Mahlzeit. Sie fällt um so rascher und stärker, je höher die Ausgangstemperatur in Folge von vorhergehender Muskelthätigkeit war. Die Minimaltemperatur wird gewöhnlich in $1^1/_2$ Stunden vom Beginn des Versuches an gerechnet erreicht. Ist die Ausgangstemperatur so niedrig, dass die Versuchsperson durch Beobachtung absoluter Muskelruhe keine weitere Temperaturabnahme erzeugen kann, so findet sich kein Unterschied im Verhalten der Temperatur nach der Aufnahme von Nahrung und in nüchternem Zustande.

Nahrungsaufnahme während der Beobachtung übt keinen sichtbaren Einfluss auf die Temperaturcurve aus, vorausgesetzt, dass die Speise durch ihre Temperatur dem Organismus nicht eine grössere Menge Wärme zuführt oder entzieht, und dass keine Veränderung der Muskelthätigkeit im Anschluss an die Mahlzeit eingetreten ist. Damit diese letzte Bedingung erfüllt wird, ist es erforderlich, die Nahrung in flüssiger Form zuzuführen, damit das Kauen ausgeschlossen ist, sowie dass die Speise dem Geschmacke nicht zusagt, da beides leicht eine Zunahme des Muskeltonus bewirkt.

Wird mit der Nahrung eine grössere Menge Wärme dem Körper zugeführt, so wird die normale Temperaturabnahme verzögert.

Entzieht die Nahrung durch niedrige Temperatur dem Organismus eine grössere Menge Wärme, so geht die Temperaturabnahme rascher vor sich, sie wird umfassender und ist von einer starken Steigerung gefolgt.

Abgesehen vom Einfluss ihrer Temperatur, der übrigens bei gewöhnlicher Diät nur gering ist, wirkt die Nahrung bei absoluter Muskelruhe nicht merkbar auf die Rectaltemperatur ein. Unter anderen Verhältnissen vorgenommene Messungen können ein ganz anderes Resultat ergeben: unveränderte Temperatur, Steigerung oder Abnahme, je nachdem die Wärmebildung in der Muskulatur unverändert bleibt, erhöht oder vermindert ist. Absolute Muskelruhe ist somit eine unumgängliche Bedingung für das Studium des Einflusses der Nahrung auf die Körpertemperatur. Die Temperatursteigerung, welche einige Forscher nach der Nahrungszufuhr constatirt haben, ist auf die Muskulatur als Wärmequelle zurückzuführen, sei es in Folge einer erhöhten Muskelarbeit oder hauptsächlich eines erhöhten Muskeltonus, entstanden im Anschluss an die Kaubewegungen und das Wohlbehagen, das das Verzehren von etwas Wohlschmeckendem mit sich führt." Dippe.

760. **Muskelarbeit und Pulsfrequenz.** *Untersuchungen am Menschen;* von T. A. Aulo. (Skand. Arch. f. Physiol. XXI. 2 u. 3. p. 146. 1908.)

Weder Kneten der Muskeln, noch passive Bewegungen, noch starke Hautreize erhöhten die Pulszahl. Auch die bei der Muskelarbeit auftretenden Veränderungen der Athembewegungen und des Kreislaufes genügen nach A.'s Ansicht nicht, um die Pulsbeschleunigung zu erklären. „Da also, wie es scheint, dieser Vorgang nicht durch die Einwirkung peripherer Reize erklärt werden kann, dürfte die von Johansson vertretene Auffassung, dass die Beschleunigung der Herzfrequenz bei der Muskelarbeit im Wesentlichsten durch die Miterregung der Centren der Herznerven beim Abgeben der motorischen Impulse verursacht ist, durch die hier mitgetheilten Versuche eine weitere Stütze bekommen haben." Dippe.

761. **Ueber die Fähigkeit der Schweissaufnahme von Wolle und Baumwolle;** von Prof. K. B. Lehmann. (Arch. f. Hyg. LXVI. 4. p. 297. 1908.)

Baumwolle saugt gut auf, Wolle schlecht. Die Annahme von Cramer, dass die Wolle dafür besonders gut den Schweiss hindurch- und verdunsten lasse, ist nicht richtig, unter einem wollenen Strumpfe bleibt der Schweiss an dem Fusse auf der Haut. Dippe.

762. **Beiträge zur Kenntniss der thermophilen Aktinomyceten und ihrer Sporenbildung;** von Dr. Harrie Schütze. (Arch. f. Hyg. LXVII. 1. p. 35. 1908.)

Die thermophilen Aktinomyceten spielen sicherlich eine wichtige Rolle bei der Selbsterhitzung gährenden Heus. Sch. fand regelmässig zwei charakteristisch verschiedene Vertreter: den Actinomyces thermophilus und den Actinomyces monosporus. Beide sind thermophil, ihre Sporen sind auffallend wenig widerstandfähig gegen hohe Temperaturen. Die Sporenbildung stellte sich bei Actino-

myces thermophilus als Fragmentation, nicht als Segmentation dar. Dippe.

763. **Beobachtungen über Culiciden;** von B. Galli Valerio und J. Rochaz de Jongh. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 2. p. 130. 1908.)

G. u. R. berechneten die Menge der Culexlarven in einer 6 qm grossen, 5 cm tiefen Pfütze im Canton Waadt, im December 1906 auf 3750000. Auch trocken im Waldboden überwintern grosse Mengen. Die Petrolirung der Pfützen muss sehr rasch nach Ende des Winters ausgeführt werden, wenn sie von Werth sein soll. Bei Wind fliegen die Schnaken nicht, Kälte treibt sie in die Wohnungen. Dunkle Kleidung zieht Schnaken an. C. pipiens, cantans und nemorosus legten bei Fütterung mit Orangen und Kirschen keine Eier, C. cantans jedoch sofort nach Blutfütteruug. Die Eier der C. cantans nähern sich ihrer Form nach den Stegomyia-Eiern. Walz (Stuttgart).

764. **Ueber postmortale Wirkung von Aetzgiften im Magen;** von Erich Harnack u. Hermann Hildebrandt. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. 1908. Festschr. f. Schmiedeberg p. 246.)

Gewebezerstörende Aetzmittel wirken auf die todte Magenschleimhaut sehr viel stärker als auf die lebendige, namentlich wenn sie erst nach dem Tode in den Magen gebracht werden. Sehr starke Vorätzungen sprechen deshalb dafür, dass sich nach dem Tode noch beträchtliche Mengen des Aetzmittels im Magen befunden haben. Die Schutzmittel der lebendigen Magenschleimhaut äussern sich in der bekannten Reaktion, die bei postmortalen Verätzungen vollkommen fehlt.

Die bekannte Einwirkung des Cyankalium auf das Blut (leuchtend rothe Färbung) findet auch nach dem Tode noch statt; es handelt sich dabei augenscheinlich um einen rein chemischen Vorgang. Die diffus rothe Durchtränkung der Magenschleimhaut bei der Ammoniakvergiftung findet im todten Magen nicht statt, sie hängt mit vitalen Vorgängen zusammen. Dippe.

765. **Zur Wirkung verschiedener Reduktionsmittel auf Verbindungen des Hämoglobins;** von Beintker. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXV. 2. p. 262. 1908.)

Als Reduktionmittel für Blut, besonders als Ersatz des Schwefelammonium bei dem forensischen spektroskopischen Blutnachweis empfiehlt B. das hydroschwefligsaure Natrium, dessen Vorzüge darin bestehen, dass es die Blutmenge nur unbedeutend vermehrt und eine klare farblose Lösung giebt. Woltemas (Solingen).

766. **Zur Kenntniss der congenitalen Hautdefekte am Kopfe des Neugeborenen;** von R. Kellor. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXV. 2. p. 223. 1908.)

Im Anschlusse an die Beobachtung eines congenitalen Hautdefektes auf dem Scheitel eines 6monat. Foetus stellt K. die bisher beschriebenen Fälle zusammen. Derartige Defekte werden gewöhnlich auf das Abreissen amniotischer Stränge zurückgeführt, die Ursache kann aber auch in einer Druckusur innerhalb des Uterus oder in einem Tranma liegen. Woltemas (Solingen).

767. **Schwimmende Lungen ohne Luftgehalt;** von F. Ahlfeld. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI. 3. p. 473. 1908.)

A. weist nach, dass Lungentheilchen Neugeborener, in die mehr oder weniger reichlich Hautfett eingesogen worden ist, schwimmen können. Die Incision unter Wasser bewahrt auf jeden Fall vor Irrthum, eben so der eventuelle mikroskopische Nachweis von Fett nach F. Strassmann und Hochheim. R. Klien (Leipzig).

768. **Die Schwankungen des Geschlechtsverhältnisses bei den Geburten in Oesterreich;** von Prof. O. Srdinko. (Časopis lékařuo českých. p. 113. 1908.)

Auf Grund einer Statistik der Geburten in allen Ländern Oesterreichs in den Jahren 1891—1900 berechnet S., dass in Oesterreich durchschnittlich 10.664 Knabengeburten auf 10000 Mädchengeburten entfallen (106.64). In jenen Ländern, in denen die Slawen die Majorität besitzen, ist dieses Geschlechtsverhältniss ein anderes, z. B. in Böhmen 106.25, in Galizien 106.0. Deswegen stellt S. den Slawen eine günstigere Prognose als z. B. den Deutschen in Bezug auf die Zunahme der Population.

Ferner berechnet S., dass die Zahl der todtgeborenen Knaben in allen österreichischen Ländern grösser sei als die Zahl der todtgeborenen Mädchen, und zwar aus dem Grunde, weil die Knaben grössere Anforderungen an die Ernährung stellen und weil die Geburt der Knaben wegen ihrer grösseren Corpulenz schwieriger sei als die der Mädchen. G. Mühlstein (Prag).

769. **Fruchtbarkeit und Sterblichkeit in Oesterreich;** von Prof. O. Srdinko. (Časopis lékařuo českých. p. 573. 1908.)

Unter den Ländern Oesterreichs weisen jene, in denen nur oder zumeist Slawen wohnen, eine grössere Zunahme der Bevölkerung auf als die von Deutschen bewohnten Länder. Die Mortalität ist in den slavischen Ländern grösser als in den deutschen, aber trotzdem ist die Bevölkerungszunahme in den slavischen Ländern grösser. Daher wird sich das Verhältniss zwischen Slawen und Deutschen in Oesterreich, das gegenwärtig 61%:36% beträgt, zu Ungunsten der Deutschen verschieben. G. Mühlstein (Prag).

770. **Gelbe und weisse Rasse.** *Ein praktischer Vorschlag;* von Dr. A. Forel. (Arch. f. Rassen- u. Gesellsch.-Biol. V. 2. p. 249. 1908.)

F. weist darauf hin, dass in Bezug auf die menschliche Rassenfrage viel zu wenig experimentirt würde. insonderheit sei es jetzt, wo die gelbe Gefahr am Horizonte auftauche, von ganz besonderer Wichtigkeit, die beiden Fragen zu beantworten. 1) Welcher socialen Qualität sind die Mischlinge der mongolischen und arischen Rasse, 2) welche der beiden Rassen hat social-culturell höheren Werth?

Während die 1. Frage an dem vorhandenen Material gelöst werden müsse, weist F. daranf hin, dass die 2. Frage durch ein in relativ kurzer Zeit leicht anzustellendes Experiment wesentlich geklärt werden könnte. Man sollte arische Kinder in Japan und japanische Kinder in Europa

Digitized by Google

erziehen und sehen, was unter dem veränderten Milieu aus ihnen wird; denn nur, wenn zwei Rassen unter ganz denselben Bedingungen erzogen worden seien, könne man sehen, wieviel beim heutigen durchschnittlichen Culturwerth der Individuen beider Rassen: a) auf die Rassen-eigenthümlichkeit (erbliche Mneme) und b) wieviel und was auf die Erziehung, d. h. auf die äusseren Einwirkungen der jetzigen Cultur der Völker beider Rassen, bez. auf die Früchte ihrer erworbenen Encyklopädie (erworbenen Mneme) komme. G. F. Nicolai (Berlin).

X. Medicin im Allgemeinen.

771. **Die Möbius'sche degenerationsmorphologische Sammlung in Leipzig;** von Dr. Ernst Jentsch. (Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. XXXI. p. 177. März 1908.)

Seitdem Möbius sich die Ueberzeugung von der „parallelistischen" Beschaffenheit des Weltwesens zu eigen gemacht hatte, hat er unablässig nach Bestätigungen dieser Betrachtungsweise der Dinge im Einzelnen und im Zusammenhange, soweit sie im Bereich seiner Erfahrung zu erlangen waren, gesucht. Ihm war der Körper im Grunde ein mehr oder minder direkter Ausdruck der Psyche, die gesammte Seelenthätigkeit im Grossen und Ganzen eine „Frage der Kopfform", wie er es einmal in ziemlich lapidarer Weise hingestellt hat, ein Gedanke, der bei aller anscheinenden Uebertreibung in der Fassung dennoch mehr Zutreffendes enthalten dürfte, als selbst der Näherstehende gegenwärtig meistens anzunehmen geneigt ist.

Man muss sich diese bei Möbius überaus tief wurzelnde und tief begründete Anschauungsart, die allmählich nicht nur sein naturwissenschaftliches Denken, sondern sein Denken überhaupt völlig durchdrungen hat, in ihrer ganzen Entstehungsweise vergegenwärtigen, wenn man dasjenige genügend würdigen will, was der Sammeleifer des Forschers im Laufe der Jahre zusammengetragen hat, um die nach und nach von ihm gezogenen Einzelfolgerungen in den verschiedenen Abschnitten seines Arbeitsgebietes darzulegen und zu stützen.

Die dem Zoologischen Institute zu Leipzig vermachte Sammlung zerfällt in einen *plastischen*, einen *osteologischen* und einen *graphischen* Theil.

Den Hauptheil der plastischen Abtheilung bilden Gipsmasken (36), fast durchgängig Todtenmasken. Es befinden sich hierunter Copien der ältesten existirenden, die man kennt, so von Dante, Brunelleschi, Luther, Tasso; Bildwerke, von denen jedes eine eigene Geschichte hat, wenngleich die merkwürdige Unsicherheit, die in Betreff der Echtheit der Schädel so vieler hervorragender Persönlichkeiten zu vermerken ist, auch bezüglich mancher Masken obzuwalten scheint. (Ueber die Dantemaske z. B. hat Welcker sich eingehend kritisch geäussert.) Besonderes Interesse nehmen auch die vier Masken grosser Musiker in Anspruch (Beethoven, Mendelssohn, Liszt, Weber), da Möbius bekanntlich mit besonderem Nachdruck die linke obere Stirnecke als Sitz des musikalischen Talentes bezeichnete und diese Lokalisation mit klinischen und pathologischen Befunden in Einklang gebracht werden kann. Die betreffende Stelle der Köpfe stimmt wohl zu der Theorie, ist aber an jedem der vier Stirnbeine in besonderer Weise anders gestaltet.

Unter den jüngeren Abdrücken der Todtenmaskensammlung sind namentlich Leipziger Universitätsprofessoren der letzten Zeit vielfach vertreten (Braune, Zarncke, Windscheid u. A.), das grösste Interesse besitzt aber P. J. Möbius' Todenmaske selbst, die Steger ausgezeichnet modellirt hat. Möbius' Kopfmaasse sind ganz ausserordentlich: die Länge des Kopfes beträgt 198, die Breite 163, der Umfang 595 mm; auch die Stirndurchmesser sind aussergewöhnlich gross: Diameter frontalis maximus 121, minimus 113½ mm. Die gleichen Verhältnisse des Schädels zeigt auch eine weitere der Sammlung angehörige Gipskalotte von Möbius, die von einem Haarkünstler angefertigt worden ist. Möbius' Hinterhaupt war leicht hervortretend, die Augenbrauenbogen waren mächtig entwickelt.

Masken nach dem Leben sind nur wenige vertreten. Von Goethe findet sich sowohl die Schadow'sche, als die Weisser'sche vor. Beide stimmen, auch was die Contouren mit Knochenunterlage angeht, nicht recht überein. Der wissenschaftliche Werth der Gipsstücke ist überhaupt ein sehr verschiedenartiger. Manche Modelleure haben die Abdrücke offenbar für's Auge hergerichtet, jede Art der „Retusche" muss aber natürlich das Objekt wissenschaftlich unbrauchbar machen, mindestens seinen Werth beeinträchtigen. Auf manchen Masken (und Büsten) sieht man nicht einmal die Corrugatorfalten. Doch enthält die Sammlung auch einige sehr sorgfältige Arbeiten, so z. B. ausser der erwähnten Steger'schen die vorzüglich gearbeitete Maske Otto Müller's.

Eine weitere Gruppe dieses Theiles der Sammlung bilden die Büsten. Besondere Aufmerksamkeit erregt hier die überlebensgrosse Antike, die bisher als Aeschylus galt und die Möbius auf Grund seiner Beobachtungen über den mathematischen und mechanischen Sinn für einen Archimedes erklärte, mit auswuchsartig verlängerter linker unterer Stirnecke. Auch schöne Bildwerke von Fechner (nach Kietz, Modell des Denkmals im Rosenthal), J. R. v. Mayer, Kant, Galilei, Rousseau, Newton, Schopenhauer sind vertreten.

Nur aus wenigen Stücken besteht die Gruppe der Schädelabformungen; es finden sich hier nur Kant, Beethoven und 2 Exemplare des Modells des Schädels des Mathematikers A. F. Möbius (der Gesichtschädel fehlt), in dessen vorübergehenden Besitz der Enkel in Folge der Aushebung des alten Johannisfriedhofes gekommen war (abgebildet als

Digitized by Google

Typ eines Mathematikerschädels in der „Anlage zur Mathematik", 2. Auflage, 1907).

Beethoven's Schädel sieht wegen seiner Prognathie und zurücktretenden Stirn trotz seiner Grösse recht degenerativ aus. Er passt, wie Möbius selbst bemerkt hat, nicht zu der Maske Beethoven's. An Beethoven's Schädel sind übrigens die Felsenbeine herausgenommen gewesen, vermuthlich behufs Untersuchung des Gehörapparates. Dass Nichtpsychologen auf den Gedanken kommen können, die musikalische Begabung hänge vom Bau des Ohres ab, zeigt auch die Veröffentlichung über den von His recognoscirten und von Seffner reconstruirten Schädel Johann Sebastian Bach's [1]), woselbst besonders grosse Fenestrae rotundae, stark vorspringender oberer Bogengang und einige andere Besonderheiten des knöchernen Ohres bestanden haben sollen, was mit der musikalischen Anlage in Verbindung gebracht wird. Wie geringe Bedeutung die Intaktheit des groben Gehörs für den besten Theil der musikalischen Begabung besitzt, zeigt gerade das Beispiel des tauben Beethoven, das übrigens nicht das einzige dieser Art ist. Solange solche Anschauungen über die musikalische Anlage als diskussionfähig betrachtet werden, sollte man billiger Weise über die Gall-Möbius'schen Ansichten nicht spötteln.

Der *osteologische* Theil der Sammlung besteht in 154 Säugethier- und 54 Vogelschädeln [2]). Die Reihe wird eröffnet durch die beiden Typenschädel von Mann und Weib, die Möbius in seinem letzten Aufsatze „Ueber die Verschiedenheit männlicher und weiblicher Schädel" (Arch. f. Anthropol. Nr. 1. 1907) hat abbilden lassen. Möbius hat an 300 Schädeln der Schmidt'schen Sammlung noch einmal eine Probe auf die Richtigkeit seiner zuletzt auch durch die Messung (s. l. c.) bestätigten Behauptung: *„beim Weibe ist das Hinterhaupt relativ länger als beim Manne"* angestellt, indem er die Schädel jedesmal bis auf das Occiput verhüllen liess und dann die Geschlechtsbestimmung nur durch Inspektion, bez. Palpation dieses Schädeltheiles allein vornahm. 211mal hatte er so das Geschlecht richtig erkannt, 44mal hatte er sich geirrt, wobei er jedoch nur 32mal den Irrthum zugab. 45mal war die Frage überhaupt zweifelhaft geblieben.

Die Behauptung von der verschiedenartigen Gestaltung des Hinterhaupts bei Männchen und Weibchen zu erweisen, ist der Hauptzweck dieser Sammlung der Kopfknochen gewesen; daneben sollte diese allerdings noch die Theorie über die Beziehung des Occiput zum Geschlechtstriebe des Männchens und die Wirkung der Castration auf dieses illustriren. In letzterem Belang findet sich aber nur wenig Material vor und die vom Autor selbst angestellten spärlichen Castrationversuche an Meerschweinchen (Nr. 118) können die Angelegenheit nicht entscheiden. Die Knochen sind grösstentheils von Möbius nach der Geschlechtsart bezeichnet, meistens ist der Unterschied deutlich ersichtlich, wo er vermerkt ist, bei den Schädeln vieler grösserer Thiere (Pferd, Löwe) ist er oft ganz augenfällig. Dass das Verhalten der Sauropsidenschädel, das an den meisten Stücken der Sammlung zu beobachten ist, ein typisches ist, kann sehr wohl der Fall sein, muss vorläufig freilich wohl im Einzelnen noch weiter erwiesen werden. Die psychologische Deutung, d. h. die Interpretation der „Bosse" des Weibchens am Scheitel- oder Hinterhauptbeine als „Organ der Kinderliebe" wäre allerdings auch aus dem Nachweise, dass die morphologische Gestaltung eine durchgängige oder annähernd gesetzmässige wäre, nicht ohne Weiteres zu folgern; freilich läge es immer nahe, eine verschiedenartige Configuration der Knochentheile bei den beiden Geschlechtern mit irgend welchen Geschlechtsunterschieden überhaupt in Verbindung zu bringen. Ein Theil der Thierschädel zeigt übrigens, wie Möbius in einzelnen Fällen auch selbst angemerkt hat, keinen erkennbaren Unterschied. Ob die Rhachitis der Kopfknochen, die bei der Insassenschaft der zoologischen Gärten, die in der Sammlung ziemlich reichlich vertreten ist, bekanntlich häufig ist, das Kopfskelett derartig umzugestalten vermag, dass dadurch Beobachtungsfehler in der gedachten Richtung entstehen können, mag hier dahingestellt bleiben.

Einen beträchtlichen Theil der Knochensammlung bilden Schädel von Hunden, die Möbius selbst gehalten hat (meist Pudel und Foxterriers). Auf einigen der Signaturen finden sich auch Angaben der Eigenschaften verzeichnet, durch die sich der betreffende vierfüssige Hausgenosse im Leben ausgezeichnet hatte. Die Unterschiede der Geschlechter sind hier gerade besonders schlecht zu erkennen, um so besser dagegen bei den Katzen, namentlich bei den grossen Raubthieren. Trotzdem ist die Unterscheidung des Geschlechts nach der Configuration des Hinterkopfes bei den meisten Thieren, wenn auch möglich, so doch im Ganzen nicht leicht, und bei der betreffenden Species gewöhnlich weit einfacher z. B. durch einen Blick auf das Gebiss des Thieres zu bewerkstelligen.

Bei den Vogelschädeln, von denen eine Anzahl von Herrn Custos Schmidlein bestimmt worden ist, ist vorzugsweise wegen der Kleinheit des Objektes die Frage noch etwas schwieriger zu entscheiden, als für die Säugethiere, ausgenommen in einigen ganz bestimmten Fällen, wie bei Cygnus olor, Podiceps cristatus u. A. Einen interessanten beson-

[1]) W. His, Anatomische Forschungen über J. S. Bach's Gebeine und Antlitz, nebst Bemerkungen über dessen Bilder, Leipzig 1895, und Johann Seb. Bach, Forschungen über dessen Grabstätte, Gebeine und Antlitz, Bericht an den Rath der Stadt Leipzig im Auftrage einer Commission erstattet von W. His. Leipzig. F. C. W. Vogel.

[2]) Streng genommen kann man in Möbius' Sinne die Bezeichnung „degenerationsmorphologisch" auf diesen Theil der Sammlung nicht anwenden, denn nach dieser Anschauung ist das „Organ der Kinderliebe" beim Weibe etwas Physiologisches, ein „physiologisches Degenerationsmerkmal" wäre aber eine contradictio in adjecto.

deren Fall gerade für die Betrachtung der Sache in Möbius' eigenstem Sinne bietet Cuculus canorus. Hier hat der Autor 4 Schädel als männlich bezeichnet, einen als weiblich. Die Maasse sind bei den ersteren etwa 28 mm Kopflänge und 18 mm Hinterkopfbreite, bei dem Weibchen (Nr. 167) dagegen 18 : 18 mm, d. h. das Hinterhaupt des Weibchens ist trotz erheblicher Verkürzung des Schädels im Ganzen nicht schwächer entwickelt. Für die speciell Möbius'sche Anschauungsweise ist diese Thatsache anscheinend vernichtend, denn wozu brauchte das Kuckucksweibchen ein „Organ der Kinderliebe?" Man muss sich aber daran erinnern, dass dieses auch einen grossen Aufwand von Ausdauer, List, Gewandtheit u. s. w. entfalten muss, um seine Eier in die Nester der Stiefeltern zu prakticiren; es braucht also gewissermaasen eine „Kinderliebe ante partum", zwar nicht zur Aufziehung und zum Schutze der Jungen selbst, aber es bedarf ihrer gleichwohl oder vielmehr eines Surrogats dieses Sinnes.

Ausserordentlich reichhaltig ist der *graphische* Theil der Sammlung, der wieder ganz vorzugsweise der cephaloskopischen Beobachtung des Menschen dienen soll. Im Ganzen sind wohl an anderthalbtausend Bilder der verschiedensten Formate und Vervielfältigungsverfahren vorhanden, darunter eine Reihe solcher von nennenswerthem antiquarischen Werthe. Einen grösseren Theil hat der Erblasser selbst albumweise zusammengestellt. So enthält eines der Albums 100 Photographien (im Format von 18 : 24 cm) von antiken Köpfen berühmter Persönlichkeiten meist aus dem vatikanischen und capitolinischen Museum, ein zweites vorwiegend Photographien von Bildwerken berühmter mittelalterlicher Personen, zwei weitere Photographien von Selbstbildnissen bedeutender Maler oder Malerbildnisse von solchen. Diese Zusammenstellung ist vielleicht angelegt worden, um eine Reihe im Einzelnen möglichst sorgsam oder kundig wiedergegebener Künstlerphysiognomien zu gewinnen, da zu erwarten war, dass der Maler sowohl als Ausführender wie als Modell sein eigenes Abbild am besten kennen, bez. kritisiren würde. Möbius würde also, falls er sich in seinen Angaben über das Mal- oder Formtalent von der Betrachtung dieser Serie mit hat leiten lassen, was wahrscheinlich ist, hier sogar sehr vorsichtig in der Auswahl seines Beobachtungsmateriales vorgegangen sein.

Drei der Album füllen ausschliesslich Mathematikerbilder. Das Sammeln der letzteren war eine besondere Liebhaberei des Forschers. Namentlich besass er eine grosse Reihe von Photographien jetzt lebender Mathematiker, aber auch viele werthvolle ältere Stiche und Drucke von Mathematikern, Astronomen und Astrologen hatte er sich verschafft und die grossen und theuren Blätter der Bildersammlung betreffen beinahe ausschliesslich Mathematiker und Astronomen. Viele dieser letzteren sind in der „Anlage zur Mathematik" reproducirt worden. Von manchen besass er bis zu einem halben Dutzend Bilder und mehr, so von Euler, Copernicus, Leibnitz, Wolffius, Weierstrass, seinem Grossvater und anderen, bei denen man die wichtige „untere Stirnecke" gut erkennen konnte und wo auch der Laie oder der Uninteressirte, der nur schnell einmal hinzusehen wünschte, wenigstens sofort begriff, was gemeint war.

Aus einigen hundert unsortirten Bildern, Photographien, Gravüren, Drucken u. s. w., die meist bekannte besonders begabte Individuen darstellten, konnte ich mehrere starke Cartons zusammenstellen. Diese enthalten Bilder von Aerzten und Naturforschern, Malern, Bildhauern, Musikern, Dichtern, Baumeistern, Technikern, Geistesgelehrten, Juristen, Philosophen, Historikern, Pädagogen, Philologen, Staatsmännern, Politikern, Verwaltungsbeamten, Industriellen, Geistlichen, Militärs. Möbius verschmähte es nicht, zu sammeln, wo er irgend konnte, wenn es ihm der Mühe zu lohnen schien, und so fand sich denn in seinen Mappen auch eine grosse Menge Ausschnitte aus illustrirten Blättern vor, ein ziemlich buntes Durcheinander, das nach der Zusammenstellung und Ordnung noch manches Beachtenswerthe und Interessante aufwies.

Einen weiteren Theil der graphischen Abtheilung der Sammlung bildet das reiche illustrative Studienmaterial, welches grösstentheils durch die Veröffentlichung in Möbius' Werken bekannt geworden ist.

Im Ganzen hat man bei der Durchmusterung des Bilderschatzes noch mehr als bei der Betrachtung der Gipsmodelle den Eindruck, dass Möbius durch vielfache Erfahrung zu dem Satze vom Werthe der nichtwissenschaftlichen Reproduktion gekommen ist, dem er mehrfach Ausdruck verliehen hat, nämlich dass ein positver Befund am Bild oder Bildwerke im Sinne einer positiven Annahme spräche, ein negativer aber nicht dagegen. Der Degenerationanthropologe muss erst lernen, das Iconographische in seiner wissenschaftlichen Bedeutung richtig einzuschätzen. Das „schlechteste Bild", z. B. eine sogenannte „schlechte" Photographie ohne Retusche kann eine wahre Fundgrube für die Beobachtung sein, während das grösste Kunstwerk morphologisch kaum verwerthbar zu sein braucht. Der Künstler wählt bei der Darstellung aus den zahllosen Form- und Farbenelementen und -beziehungen die einen aus, übersieht und vernachlässigt dagegen andere und darunter oft gerade solche, die dem biologisch blickenden Beobachter am wichtigsten erscheinen. Dazu kommt, dass er das Abbild seines Modells oft nach seiner jeweiligen Individualität sozusagen umschafft. Erst heute, mit Hilfe der mechanischen Reproduktionverfahren, sind wir in der Lage, die wirklich einwandfreie Wiedergabe einer Physiognomie wenigstens hinsichtlich ihrer Formgestaltung zu erzielen. Die älteren Bilder sind deshalb anthropologisch sämmtlich von sehr zweifelhaftem Werthe. Natürlich wird ihre Zuverlässigkeit um so grösser, je mehr übereinstimmende oder annähernd über-

einstimmende Darstellungen einer Physiognomie vorhanden sind, vorausgesetzt, dass es sich nicht um Copien oder „Anlehnungen" handelt, was nicht immer mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Die mimische Configuration des Antlitzes ist als ganz besonders unzuverlässig zu betrachten. Beleuchtung, Kleider- und Barttrachten, Posirung, Stimmungs- und Gesichtausdruckswechsel aus den verschiedensten Gründen, wechselnder Turgor und Ernährungzustand, Künstlerintention, Hang und Zwang zum Idealisiren, unwillkürliche und willkürliche Rotusche, technische Unvollkommenheiten und Mängel des Ausführenden und der Reproduktionverfahren, namentlich aber das zunehmende Lebensalter mit seinem beständig modelnden Einfluss auf die organischen Gewebe und noch vieles Andere mehr ist am Werke, das physiognomische Bild einer Person fortwährend zu verändern, so dass es verständlich wird, wenn Möbius selbst z. B. sagen konnte, je mehr Bilder von Goethe er gesehen habe, um so weniger habe er gewusst, wie dieser eigentlich ausgesehen habe.

Als etwas sicherer in der Wiedergabe dürfen im Ganzen solche speciell physiognomischen Züge gelten, die sich auf eine feste anatomische Grundlage stützen, also z. B. Schädel- und Stirncontnren, die Linienführung von Mund, Nase, Ohr. Doch sind auch diese Gebilde immer noch sehr der bewussten oder unbewussten Beeinflussung seitens des ausführenden Künstlers ausgesetzt. Im Ganzen kann man sagen, dass dort, wo eine charakteristische Gestaltung physiognomischer Eigenthümlichkeiten deutlich und zweifelsfrei erscheint, dieses stets begründeten Anlass zu morphologischem Commentar geben mag, namentlich wenn verschiedene voneinander unabhängige Reproduktionen die gleiche Besonderheit zeigen, dass aber der Künstler eine gewisse Scheu besitzt, namentlich auffallende und ungewöhnliche Formmerkmale bei der Porträtirung ohne Weiteres unbefangen wieder zu bringen, dass er gewissermaassen die Tendenz hat, alles „degenerative in pejus" zu unterdrücken. Dass gröbere Gesichts- und Stirnasymmetrien, die auch bei hervorragend Beanlagten durchaus nicht besonders selten sind, bei der Wiedergabe mit einer gewissen Sorglichkeit seitens des Künstlers betont werden, kann man allerdings bei einigen Kunstwerken der neuesten Zeit beobachten und dass das Streben wirklich sorgfältig naturgetreu zu arbeiten bei denkenden Künstlern auch früher vorhanden gewesen ist, lehrt ein Blick eben auf den linken Orbitalrand der Aeschylus-Archimedesherme.

Es ist wohl von Interesse kurz zu erwähnen, inwieweit die von Möbius aufgestellten, grösstentheils nach Gall formulirten Thesen über die Morphologie der Begabung durch die Möbius'sche Sammlung eine Bestätigung finden.

Möbius hat der Nachprüfung der verschiedenen von Gall behaupteten Einzelheiten sehr verschiedene Ausdauer und Gründlichkeit gewidmet. So weit sein Sammlungsmaterial in Leipzig in Frage kommt, spricht es bezüglich der bei ihm im Vordergrunde der Diskussion stehenden Details im Ganzen gewiss im Sinne seiner Behauptungen. Im Uebrigen erheben sich des Weiteren natürlich dieselben Schwierigkeiten, die bereits oben beim Osteologischen rücksichtlich der bedingungslosen Verallgemeinerung seiner Folgerungen angedeutet wurden. Jedenfalls ist ausgeschlossen, dass Möbius die morphologischen Befunde, auf die er solchen Werth legte und auf deren Erforschung er so grosse Mühe verwandte, sich lediglich ansuggerirt hat. Am meisten Beachtung beanspruchen seine Angaben über die „Stirnecken", von denen die untere zum Sinne für Grössenverhältnisse, die obere zum Tonsinne in Beziehung stehen soll. Beide Behauptungen sind nicht widersinnig und werden durch eine grössere Reihe von Einzelbeobachtungen am Lebenden, die letztere auch durch klinisch-pathologische Befunde gestützt. Bereits erheblich weniger begründet erscheint die Annahme, das „Zurücktreten des inneren Augenwinkels" entspreche der „bildnerischen" Anlage. Bei der Bezeichnung des „mechanischen" Sinnes weiter scheinen Möbius nur einige ganz wenige Beispiele gedient zu haben. In der Sammlung selbst finden sich von entsprechenden Beobachtungsobjekten, die ganz einwandfreie Gestaltung in dieser Beziehung aufweisen, eigentlich nur die Büste und gleichzeitig Todtenmaske Brunelleschis und das Bild des Gotthardtunnelerbauers Louis Favre, wenn man von der Aeschylus-Archimedesbüste absieht. Alles andere ist dürftig und wenig beweisend. Es muss aber, um gerecht zu sein, hier zugegeben werden, dass gerade diese Bildungsanomalie, das Hervortreten des linken mittleren Stirndrittels, an den angezogenen Bildwerken recht auffallend erscheint.

Rücksichtlich der Hinterhauptbildung der männlichen und weiblichen Individuen ist schon gesagt worden, dass Möbius mit seiner Behauptung Recht behalten hat, dass beim menschlichen Weibe in der Norm *der Hinterkopf relativ länger* ist als beim Manne, und dass ein analoges morphologisches Verhalten (von den Primaten abwärts ein stärkeres Hervorspringen der Scheitelbeine) auch für die gesammten Sauropsiden leicht zutreffen kann. Dass mit dieser Verschiedenheit der Gestaltung des Schädeldaches besondere psychische Eigenthümlichkeiten der Organismen, speciell solche der sexuellen Seelensphäre (diese auch im weitesten Sinne genommen) im Zusammenhange stehen müssen, ist dagegen eine Annahme, zu der uns bis jetzt nichts nöthigt.

C. Bücheranzeigen.

33. **Die moderne Theorie der physikalischen Erscheinungen** *(Radioaktivität, Ionen und Elektronen). Neue Anschauungen über die Struktur der Materie;* von Augusto Righi. 2. Aufl. Leipzig 1908. Joh. Ambr. Barth. Gr. 8. V u. 253 S. (4 Mk. 80 Pf.)

Das Buch von R. bildet die beste von den populären Darstellungen über die auch für den Arzt in neuerer Zeit wichtig werdenden Erscheinungen der Radio-Aktivität, der Ionen- und Elektronenlehre. Die sehr klare Darstellung ist durchaus wissenschaftlich, kann aber trotzdem von jedem naturwissenschaftlich gebildeten Laien — zu denen die Mehrzahl der Aerzte doch hoffentlich gerechnet werden darf — verstanden werden. Die vorliegende zweite Auflage unterscheidet sich von der ersten hauptsächlich durch die eingehendere Berücksichtigung der radio-aktiven Umwandlungen, deren Erkenntniss zur Zeit des Erscheinens der ersten Auflage kaum in ihren Anfängen stand; aber auch die übrigen Theile des Buches sind den neuesten Forschungen gemäss umgearbeitet.

In der zweiten Arbeit verwerthet R. diese neuen Erkenntnisse für den Aufbau einer Hypothese über die Struktur der Materie. Er zeigt, wie diese neuen Thatsachen die bequeme Molekularhypothese der letzten Jahrzehnte über den Haufen geworfen haben, und wie uns eine allgemeingültige Erklärungsmöglichkeit heute ferner erscheint, als je. Wenn er trotzdem Hypothesen — die hier nicht auszüglich wiedergegeben werden können — aufstellt, so ist er sich bewusst, dass es sich dabei bestenfalls um heuristisch verwerthbare Hypothesen handeln könne. Da er aber dabei in fesselnder Weise auf allgemeine Zusammenhänge in der Welt der Erscheinungen hinweist, erscheint die kleine Broschüre trotzdem äusserst lesenswerth. G. F. Nicolai (Berlin).

34. **Der thatsächliche Krebserreger, sein Cyklus und seine Dauersporen;** von Dr. Robert Behler. Berlin 1907. Rich. Schoetz. Gr. 8. X u. 186 S. (4 Mk. 50 Pf.)

Ein sehr interessantes Buch, in dem der als unermüdlicher Vorkämpfer für die parasitäre Theorie der Krebse bekannte Verfasser alle Argumente, die für ein infektiöses Agens zu sprechen scheinen, zusammenfasst und sich zugleich mit allen anderen Theorien auseinandersetzt. Für denjenigen, der sich über diesen Abschnitt der ätiologischen Tumorforschung orientiren will, bildet das Buch mit seinen bemerkenswerthen Ausblicken in die Phytopathologie wohl eine der besten Quellen. Von der „Thatsächlichkeit" des Krebserregers, den B. zur Gruppe der Synchytriaceen rechnet, hat sich *Ref.* allerdings nicht überzeugen können. Versé (Leipzig).

35. **Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre.** *Unter besonderer Berücksichtigung der Deutschen und Oesterreichischen Pharmakopoe;* von Prof. H. v. Tappeiner. 7. neu bearbeitete Auflage. Leipzig 1908. F. C. W. Vogel. Gr. 8. VII u. 384 S. (8 Mk.)

Das Buch verdankt seine Beliebtheit wohl hauptsächlich der Rücksichtnahme auf die Praxis. Die theoretische experimentelle Pharmakologie macht sich darin nicht breit, der therapeutische Theil und die Arzneiverordnungslehre nehmen weitaus den Hauptraum ein. Die Capiteleintheilung im speciellen Theile muthet etwas merkwürdig an. Da kommen die alten schönen Gruppenbezeichnungen: Amara, Expectorantia, Diaphoretica u. s. w. Dann kommt eine Gruppe Alkaloide, dann kommen neben Gruppen auch einzelne Mittel. — Alles ein bissehen durcheinander. Hier sollte doch wohl einmal ein anderes besseres System versucht werden.

Einige Einzelheiten sind uns aufgefallen. Bei dem Atoxyl fehlt der Hinweis auf die Sehnervenerkrankung; bei dem Phosphor fehlt der doch immer noch am meisten verordnete Phosphorleberthran, das Capitel Nährpräparate und Enzyme ist etwas dürftig — das sind aber alles Kleinigkeiten, die dem anerkannten Werthe des Buches keinen Abbruch thun. Dippe.

36. **Fettresorption im Darme und Gallenabsonderung nach Fettdarreichung.** *Zugleich ein Vorschlag zur Verbesserung der Oelkur;* von Prof. Georg Köster in Leipzig. Leipzig 1908. Dr. Werner Klinkhardt. 8. IV u. 98 S. mit 6 Tafeln. (6 Mk.)

K. ging davon aus, etwas Zuverlässiges über die viel empfohlenen Oelkuren bei Gallensteinen zu ermitteln und stellte Folgendes fest: In den Mastdarm eingespritztes Oel geht (bei Hunden und Katzen) in 7—8 Stunden bis hinauf zur Bauhinischen Klappe; darüber hinaus war nichts mehr nachzuweisen. Das Oel wird vom Mastdarme, schon dicht über dem After, resorbirt. Das Olivenöl wirkt weder durch den Mund noch durch den Darm gegeben deutlich galletreibend, scheint aber die Gallenblase zur Entleerung anzuregen. Zwischen der Resorption von Seifen und Neutralfetten besteht kein grundsätzlicher Unterschied, was sehr für die immer noch nicht lückenlos bewiesene Lösungstheorie spricht. Das Sekret des Pankreas ist zur Fettresorption unbedingt nothwendig, die Galle nicht. Auch der überlebende Darm vermag Fett aufzusaugen.

Also: Oeleinläufe sind bei Darmträgheit und auch bei Gallensteinen durchaus verständige Mittel

Digitized by Google

und zur Ernährung vom Mastdarme aus sind Neutralfettemulsionen, womöglich noch mit einem Zusatze von 0.3—0.5 Pankreon (Rhenania) sehr zu empfehlen. Dippe.

37. **Diagnostisch-therapeutisches Lexikon** *für praktische Aerzte.* Herausgegeben von Prof. K. Bruhns in Berlin, Dr. A. Bum in Wien, Prof. S. Gottschalk in Berlin, Prof. W. Kausch in Berlin, Prof. F. Klemperer in Berlin, Dr. A. Strasser in Wion. Berlin und Wien 1908. Urban u. Schwarzenberg. III. Bd. Gr. 8. 1352 S. mit 219 Abbildungen. (25 Mk.)

Die gute Redaktion, unter der dieses Lexikon augenscheinlich von Anfang an gestanden hat, zeigt sich auch in seiner verhältnissmässig schnellen Vollendung. Wir haben das Werk bereits 2 Mal angezeigt (Jahrbb. CCXCV. p. 219; CCXCVIII. p. 106) und wüssten dem Gesagten kaum etwas Wesentliches hinzuzufügen. Aus 3 Werken: dem therapeutischon Lexikon, dem Lexikon der physikalischen Thorapie und dem diagnostischen Lexikou ist unter gutor Leitung mit Hülfe geschickter Mitarbeiter ein durchaus empfohlenswerthes Opus geworden. Dippe.

38. **Encyklopädie der praktischen Medicin.** Herausgegeben von Dr. M. T. Schnirer und Prof. H. Vierordt. Wien 1905—1908. Alfred Hölder. 4 Bände. (100 Mk.)

Das stattliche Werk, das wir während seines Erscheinens bereits wiederholt angezeigt haben, liegt jetzt vollendet vor. Es hat durchaus das Gute gehalten, was man sich von vornherein, nach der ganzen Anordnung, nach den Namen der Mitarbeiter und nach den deutlichen Spuren einer geschickten und straffen Redaktion versprechen konnte. Die Reichhaltigkeit lässt nichts zu wünschen übrig. Man wird kaum jomals nach etwas vergeblich suchen, wenn man auch ein paar Mal über die bekannten Verweise: siehe da und da stolpert und wenn man auch gelegentlich verschiedene Stellen aufschlagen muss, um sich über eine Frage genügend zu unterrichten. Die sehr zahlreichen Stichworte zerreissen manche Capitel in etwas viele kleine Stücke, haben aber bei schnellem Wissenwollen doch auch grosse Vorzüge. Der Text ist im Ganzen kurz gehalten, soweit aber *Ref.* das Werk bisher benutzt hat, durchaus nicht zu kurz. Die therapeutischen Angaben sind klar und verständlich und nehmen, wie uns scheint, gut Rücksicht auf die Verhältnisse der Praxis. Zahlreiche Abbildungen.

Alles in Allem wirklich ein stattliches und ein wohl gelungenes Werk, das gerado dem praktischen Arzte, der nicht in der Lage ist, gar zu viele Sonderbücher über die einzelnen Abschnitte der Medicin zu kaufen und durchzustudiren, wohl empfohlen werden kann. Dippe.

39. **Der Praktiker.** *Ein Nachschlagebuch für die tägliche Praxis;* von Dr. E. Grätzer. Leipzig 1907, 1908. Georg Thieme. Gr. 8. 742 S. (14 Mk.)

Man soll jedem Mitmenschen dankbar sein, der sich bemüht, uns das Leben angenehmer zu machen und uns unsere Arbeit zu erleichtern. In die Schaar dieser Guten reiht sich Gr. mit seinem Buche ein. Mit erstaunlichem Fleisse hat er Alles zusammengetragen, was der Arzt für sein Tagewerk wissen muss, hat es nach Stichworten geordnet und nun kann Jeder das Buch auf seinem Schreibtische, oder auch in seinem Wagen liegen haben und kann sich jeder Zeit guten Rath daraus holen. Da sind nicht nur alle Krankheiten nebst den wichtigsten Einzelerscheinungen, nicht nur die Heilmittel und Heilmethoden aufgeführt, da sind auch z. B. unter A. stattliche Abschnitte über Anzeigepflicht der Aerzte, über Armenkrankenpflege, über Arzneitaxe, unter B. finden wir Blindenanstalten im deutschen Reiche, umfangreiche Ausführungen über ärztliche Buchführung mit Schemata für Journal und Kassenbuch, unter F. stehen die Formulae magistrales Berolinenses, G. enthält u. A. die preussische Gebührenordnung, K. fängt an mit Kaiser-Wilhelms-Akademie (Pepinière) und führt die Aufnahmebedingungen auf, dann kommen zwischen allerlei medicinischen Dingen: Konkursforderungen, Krankenhaus, Krankenpflege, Krankenversicherung und so fort, es ist wirklich fast Alles berücksichtigt, was dem Arzte in den Kopf und in dio Quere kommen kann. Und über Alles hat Gr. sich gut unterrichtet und giebt das Wichtigste geschickt wieder.

Ein Freigebiger macht begehrlich. Sicherlich werden Gr. die verschiedensten Wünsche nach Ergänzungen und Einfügungen vorgetragen werden. Uns ist es aufgefallen, dass er die ärztliche Standesorganisation vollkommen vernachlässigt und auch in den therapeutischen Ausführungen haben wir hier und da etwas vermisst z. B. Luftbäder. Platz könnte unserer Ansicht nach dadurch geschaffen werden, dass Gr. etwas weniger Rücksicht auf die Bedürfnisse der beamteten Aerzte nimmt.

Selbstverständlich kann ein solches Buch, ein Novum in seiner Art, nicht auf den ersten Wurf Allen gefallen. Gefallen wird es und Gr. wird bald in die Lage kommen, etwaige Lücken und Mängel zu beseitigen. Dippe.

40. **Leitfaden der diagnostischen Akustik;** von Prof. Richard Geigel in Würzburg. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. Gr. 8. VIII u. 226 S. mit 33 Textabbildungen. (6 Mk.)

Der 1. Theil giebt die für das bearbeitete Gebiet in Betracht kommenden physikalischen Grundgesetze und Grundlehren in möglichst einfacher Darstellung. Der 2. Theil handelt von der Perkussion und Auskultation und sucht beido auf eino möglichst sichere physikalische Basis zu stellen. Alles Diagnostische wird als bekannt vorausgesetzt;

Digitized by Google

G. versucht nur das, was wir da vornehmen, hören und damit erreichen können, physikalisch zu erklären, auf bekannte physikalische Gesetze und Vorgänge zurückzuführen.

In dem etwas verbitterten Vorworte macht G. den Aerzten den Vorwurf, sie hätten sich um diese Dinge und überhaupt um die Physik bisher zu wenig gekümmert. Das mag bedauerlich sein, ändern lässt es sich aber wohl nicht. Zeit und Aufnahmefähigkeit sind eben beschränkt und auch ein fleissiger und leicht lernender Mediciner hat heutzutage mit den eigentlich medicinischen Dingen genug zu thun. Und dann: kommt wirklich bei den physikalischen Erörterungen viel für den Arzt heraus? Ich glaube nicht. Wer sich dafür interessirt, dem macht es gewiss Freude und der wird G. für seine grosse Arbeit und für das Buch dankbar sein. Einen besonderen Werth für den Praktiker haben diese Studien nicht. Der soll gut praktisch perkutiren und auskultiren, mit den Ohren und dem Verstande gut hören lernen, wie das, was er da hört, physikalisch zu Stande kommt, das kann ihm gleichgültig sein. Alle diejenigen aber, die Perkussion und Auskultation lehren wollen, sollten das Buch aufmerksam durchstudiren und so viel davon in ihre Vorträge aufnehmen, als ihnen gut erscheint.

Nicht unerwähnt sei der Anfang, der eine kurze Anleitung zur Anstellung erläuternder Versuche giebt. Dippe.

41. **Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie;** bearbeitet von Prof. Ernst Bumm in Berlin, Prof. Albert Döderlein in München, Prof. Bernhard Krönig in Freiburg, Prof. Alfens von Rosthorn in Wien und dem Herausgeber Prof. Otto Küstner in Breslau. Jena 1908. Gustav Fischer. 3. neu überarbeitete Aufl. Gr. 8. XII u. 558 S. mit 345 theils farb. Abbild. im Text. (9 Mk.)

Die 3. Auflage des von K. herausgegebenen Lehrbuches ist schon nach 7 Jahren der früher hier (Jahrbb. CCLXXIII. p. 114) angezeigten 1. Auflage gefolgt. Bei den hervortretenden Vorzügen dieses Buches gehörte schon damals keine grosse Prophetengabe dazu, vorherzusagen, dass das Werk sich bald bei Aerzten und Studierenden einbürgern würde.

In der neuen Auflage hat Krönig an Stelle des verstorbenen Carl Gebhard die Capitel Anatomie und Ovarienerkrankungen bearbeitet. Sonst sind die alten Bearbeiter der einzelnen Capitel geblieben.

Die Operationen haben in der neuen Auflage eine eingehendere Beschreibung gefunden. Die Abbildungen sind einer kritischen Durchsicht unterworfen und viele durch bessere neue ersetzt worden, so dass jetzt eine viel grössere Einheitlichkeit nach dieser Richtung hin besteht. Zahlreiche Bilder sind überdies in gutem Farbendruck ausgeführt und haben dadurch sehr an Anschaulichkeit und Naturwahrheit gewonnen. Auch sonst ist das Buch vorzüglich ausgestattet. Die Anwendung verschiedener Druckschriften fördert die Uebersichtlichkeit und erleichtert das Studium des Werkes. Das K.'sche Lehrbuch ist trotz seiner Kürze unendlich reichhaltig. Es wird auch in der vorliegenden neuen Bearbeitung sowohl bei Studirenden wie bei Aerzten sicher den Erfolg erzielen, den es im vollsten Maasse verdient.

Arth. Heffmann (Darmstadt).

42. **Die praktische Geburtshülfe.** *Wiederholungsbuch für Hebammen und Einführung in das neue preussische Hebammenlehrbuch;* von Dr. Paul Baumm in Breslau. 5. Aufl. 12. bis 14. Tausend. Berlin 1907. Elwin Staude. Gr. 8. VIII u. 131 S. (1 Mk. 30 Pf.)

Diese 5. Auflage von B.'s Schrift ist ein kaum veränderter Abdruck der früher (vgl. Jahrbücher CCLXXXVIII. p. 206) besprochenen 4. Auflage. Das praktisch Wichtige in logischer Zusammenfassung und losgelöst von allem Beiwerk aus der Masse des Erlernten knapp und präcis heraus zu schälen, ist B. gut gelungen. Das Büchelchen hat sich deshalb bei den preussischen Hebammen auch gut eingeführt, wie die in 9 Jahren abgesetzten 11 000 Exemplare beweisen.

Bei der Besprechung der Blasenmole (p. 101) hat B. ebenso wie früher in der 4. Auflage (p. 95) übersehen, als wesentliches Erkennungszeichen das Fehlen der kindlichen Herztöne anzuführen.

Arth. Heffmann (Darmstadt).

43. **Die Extrauterinschwangerschaft.** *Klinische Studie auf Grund von 32 selbstbeobachteten Fällen;* von Dr. Albert Wagner in Stuttgart. Stuttgart 1907. Ferd. Enke. Gr. 8. 54 S. mit 10 Abbild. im Text. (2 Mk.)

W.'s Abhandlung stützt sich auf 32 Beobachtungen aus den Jahren 1901—1907. Diese 32 Beobachtungen entfielen auf 894 von W. klinisch behandelte Kranke, es entspricht dieses 3.5% und steht in auffallender Uebereinstimmung mit dem von Werth berechneten Procentsatz von 3.3%.

W. theilt die einzelnen Krankengeschichten ausführlich mit und bespricht in einem eigenen Abschnitt besonders eingehend die Anatomie der ektopischen Graviditāt. Auch W. tritt in erster Linie für eine operative Behandlung ein. „Bei dem allgemein anerkannten lebensgefährlichen Zustand einer noch fortschreitenden ektopischen Schwangerschaft einerseits, bei den geringen Aussichten, ein lebensfähiges Kind zu erhalten, ist daher der Grundsatz principiell durchzuführen, dass bei lebender extrauterin eingebetteter Frucht in jedem Stadium der Schwangerschaft die operative Entfernung angezeigt ist, sobald die Diagnose feststeht.“ Ein exspektatives Verfahren befürwortet W. nur da, wo ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit besteht, dass das Ei abgestorben ist, dass überhaupt nur

Digitized by Google

eine geringe Blutung stattgefunden hat und dass keine neuen Blutungen auftreten. Unter allen Umständen müssen aber solche Kranke in Verhältnisse gebracht werden, unter denen im Falle einer erneuten Blutung Alles zur sofortigen Operation bereit ist.

Von W.'s Kranken wurden 26 operativ behandelt mit 1 Todesfall; von 5 exspektativ behandelten Frauen starb ebenfalls eine.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

44. **Die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Unterhautzellengewebes;** von Dr. J. L. Faure in Paris. Uebersetzt von Dr. W. Goebef in Cöln. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. 8. 153 S. (5 Mk.)

Das Faure'sche Buch bildet einen Theil des grossen französischen Handbuches der Chirurgie von Le Dentu und Delbet. Es enthält, wie der Uebersetzer selbst hervorhebt, wohl kaum etwas, das nicht in den einschlägigen deutschen Lehr- und Handbüchern zu finden wäre. „Allein zahlreiche Einzelheiten des chirurgisch-dermatologischen Grenzgebietes finden sich so verstreut in deutschen Werken vielfach auch so kurz behandelt, dass eine kurz zusammenfassende deutsche Bearbeitung des Stoffes aus praktischen Gesichtspunkten wünschenswerth erschien." In erster Linie werden besprochen die infektiösen Processe, d. h. alle auf Baktorieneinwanderung beruhenden Krankheiten der Haut und ihrer Gebilde: Erysipel, Furunkel und Carbunkel, Schweissdrüsenabscess, Orientbeule, die verschiedenen tuberkulösen Affektionen der Haut. Im 2. Theile werden abgehandelt die organischen Veränderungen der Haut, insbesondere die Geschwülste, und zwar zunächst die Erkrankungen des eigentlichen Hautgewebes und dann die Erkrankungen des Hautdrüsenapparates. Im 3. Theile, den Erkrankungen des Unterhautzellengewebes, werden ganz besonders die Tuberculo dolorosa subcutanea besprochen. Der 4. Theil enthält die nichtbakteriellen parasitären Erkrankungen, die Elephantiasis und die Dracunculosis, d. h. die durch die Filaria medinensis hervorgerufenen Erkrankungen. Das Buch enthält manche interessante praktische Hinweise, aber auch manches, mit dem wir uns nicht befreunden können (siehe unter Anderem den Abschnitt über die Carbunkelbehandlung). P. Wagner (Leipzig).

45. **Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichts;** von Prof. Dr. H. Trendelenburg in Leipzig. 2. Hälfte. 1. Theil. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. 8. 115 S. mit 30 Abbildungen im Text. (4 Mk.)

Endlich einmal wieder eine Lieferung der deutschen Chirurgie! Der 1. Theil der 2. Hälfte der Lieferung 33 ist vor Kurzem erschienen; die 1. Hälfte der Lieferung 33 ist bereits 1886 herausgekommen! Den Hauptinhalt der vorliegenden Lieferung bildet das von Tr. in Gemeinschaft mit C. Eigenbrodt bearbeitete umfangreiche Capitel der Trigeminusneuralgie. Ihm schliessen sich kleinere Abschnitte an über die Lähmung des Trigeminus, den Kaumuskelkrampf, über die Lähmungen des N. facialis und den Facialiskrampf.

P. Wagner (Leipzig).

46. **Beiträge zur topographisch-chirurgischen Anatomie der Pars mastoidea;** von Dr. H. E. Kanasugi in Tokio. Wien u. Leipzig 1908. A. Hölder. 8. 25 S. mit 40 Tafeln. (8 Mk. 60 Pf.)

K. hat unsere Kenntnisse der anatomischen Verhältnisse der Pars mastoidea dadurch zu ergänzen versucht, dass er 4000 Knochenschädel auf die praktisch wichtigen Einzelheiten untersucht hat. Ausserdem hat K. die verschiedensten durch die Pars mastoidea in horizontaler, sagittaler und frontaler Richtung geführten Schnitte in natürlicher Grösse nach photographischen Aufnahmen reproducirt. Die vorzüglich ausgeführten Tafeln füllen entschieden eine Lücke in den topographisch-chirurgisch-anatomischen Darstellungen aus.

P. Wagner (Leipzig).

47. **Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates;** redigirt von Prof. Dr. A. Kollmann in Leipzig u. Dr. S. Jacoby in Berlin. Berlin 1908. S. Karger. 8. 518 S. (19 Mk.)

Mit nicht genug zu rühmender Pünktlichkeit ist auch dieses Jahr wieder der Kollmann-Jacoby'sche Jahresbericht erschienen. Wer die Mühen der Zusammenstellung eines solchen Buches kennt, muss den beiden Redakteuren ganz besonders dankbar sein. Für jeden, der auf dem Gebiete der Urogenitalerkrankungen selbständig wissenschaftlich arbeiten will, ist der Jahresbericht unentbehrlich. P. Wagner (Leipzig).

48. **Beiträge zur Kriegsheilkunde aus der Hülfsthätigkeit der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz während des Russisch-Japanischen Krieges 1904—05;** herausgegeben vom Central-Comité der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz in Berlin. Leipzig 1908. F. Engelmann. 4. 431 S. mit 17 Tafeln, 12 Fiebercurven u. 112 Abbildungen im Text. (Geh. 42 Mk.)

Die Fertigstellung dieses von der Verlagsbuchhandlung ganz vorzüglich ausgestatteten Werkes hat sich leider in Folge verschiedener misslicher Umstände sehr verzögert, so dass es erst erscheinen konnte, nachdem über 2 Jahre seit dem Friedensschlusse verstrichen sind. Das Centralcomité der deutschen Vereine vom rothen Kreuz hat den Wunsch, mit den nachstehenden Veröffentlichungen die Erfahrungen bekannt zu geben, die während

des russisch-japanischen Krieges sowohl in Deutschland, als auch an den Etablirungsorten seiner ärztlichen Abordnungen und auf dem Wege dorthin gemacht worden sind. Es handelt sich demgemäss nicht bloss um fachtechnische ärztliche Dinge, obwohl diese den grössten Raum einnehmen, sondern auch um Mittheilungen allgemeiner, organisatorischer Natur, die ebenfalls in das Arbeitsgebiet der Gesellschaften vom rothen Kreuz fallen.

Nach einem kurzen Vorworte (von dem Knesebeck) und einleitenden Bemerkungen (Kimmle) berichten Brentano, Colmers und Schütze über die Expedition nach der *Mandschurei* und Henle über die Expedition nach *Tokio*.

Die mit sehr guten Abbildungen und namentlich ganz ausgezeichneten Röntgenphotographien illustrirten Beiträge enthalten eine Fülle interessanten casuistischen Materiales, so dass nur zu bedauern ist, dass der Leserkreis bei dem hohen Preise des Buches wahrscheinlich sehr klein bleiben wird. Wie die Verlagsbuchhandlung mittheilt, ist der hohe Preis darauf zurückzuführen, dass die Kosten der Herstellung sehr bedeutend gewesen sind, während die zum Vertrieb durch den Buchhandel bestimmte Anzahl Exemplare sich in mässigen Grenzen halten mussto.

P. Wagner (Leipzig).

49. **Bericht über die Thätigkeit des temporären Lazareths am Golitzyn Hospital in Moskau während des russisch-japanischen Krieges;** von S. Deruginsky. Moskau 1908. S. P. Jakowlew. 8. 159 S. mit 6 photographischen u. 37 Röntgenaufnahmen.

Der gut ausgestattete Bericht enthält interessantes casuistisches Material: Osteoplastische Trepanationen des Schädels; Verletzungen der peripherischen Nerven; Knochennaht bei unverheilten Frakturen; Operationen wegen Aneurysmen der peripherischen Gefässe, Verwundungen der Lungen, der Bauchhöhle, der Wirbelsäule u. s. w.

P. Wagner (Leipzig).

50. **Der menschliche Körper in Sage, Brauch und Sprüchwort;** von Prof. Karl Knortz in North Taroptown, N. Y. Würzburg 1909. Curt Kabitzsch. 8. 240 S. (3 Mk. 20 Pf.)

Das Gift in der dramatischen Dichtung und in der antiken Literatur. *Ein Beitrag zur Geschichte der Giftkunde;* von Prof. Erich Harnack in Halle. Leipzig 1908. F. C. W. Vogel. 8. 78 S. (3 Mk.)

Zwei Bücher für Musestunden.

Knortz geht die einzelnen Körpertheile durch und führt alle Sagen, Gebräuche, Sprüchworte an, dio darauf Bezug nehmeu. Es kommt da manch medicinisch-historisch Interessantes zum Vorschein, manch Sinniges, Gemüthvolles, aber auch viel Spott und Hohn.

Haruack giebt in seinem, Schmiedeberg zum 70. Geburtstage gewidmeten Buche einen Abriss von der Geschichte der Gifte und führt Beläge daffür an, dass und wie die Dichter zu allen Zeiten die geheimnissvolle Kraft der Gifte in der mannigfaltigsten Weise verwerthet haben, am meisten unter ihnen Shakespeare. Dippe.

51. **Riedel's Berichte.** Ausgewählte Arbeiten aus den wissenschaftlichen Laboratorien der chem. Fabriken J. D. Riedel A.-G. *Riedel's Mentor* für die Namen, sowie für die Zusammensetzung, Eigenschaften und Anwendung neuerer Arzneimittel, Specialitäten und wichtiger technischer Produkte. 52. Auflage. Berlin 1908. Gr. 8. XLVI u. 259 S.

E. Merck's Jahresberichte. XXI. Jahrg. 1907. Darmstadt 1908. 8. 313 S.

Der stattliche Band von Riedel enthält 5 wissenschaftliche Arbeiten: *Beiträge zur Kenntniss der Kawawurzel; Zur Kenntniss der Chinaxoline; Zur Darstellung der Cholsäure; Kryoskopie der wichtigeren, zur subcutanen Injektion verwendeten Lösungen; Ueber die Bestimmung von Bernsteinsäure und Weinsäure in Gemischen.* Dann folgt der Mentor, der in alphabetischer Reihenfolge alle in den letzten 20 Jahren erschienenen irgendwie wichtigeren Heilmittel, medicinischen und technischen Präparate mit kurzen Erläuterungen aufführt. Den Schluss bilden Literaturzusammenstellungen und Schilderungen der hauptsächlichsten von der Firma Riedel selbst in den Handel gebrachten Mittel.

Der Merck'sche Jahresbericht führt ebenfalls die wichtigsten Mittel in alphabetischer Reiheufolge auf, beschränkt sich aber auf Dinge, die sich einigermaassen eingeführt und bewährt haben und macht ausführlichere Angaben über Wirkung und Anwendung. — Ein besonderes im Juni 1908 herausgegebenes Heft enthält „Präparate für Zahnheilkunde". Dippe.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Dippe in Leipzig. — Verlag von S. Hirzel in Leipzig.
Druck von Otto Wigand m. b. H., Leipzig.

Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 300. **1908.** **Heft 3.**

A. Originalabhandlungen und Uebersichten.

Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.

Von

Dr. **Hans Risel**

in Leipzig.

Lehrbücher.

1) Boruttau, Die Elektricität in der Medicin u. Biologie. Wiesbaden 1906. J. F. Bergmann.

2) Cohn, T., Leitfaden der Elektrodiagnostik u. Elektrotherapie. 2. u. 3. Auflage. Berlin 1902 u. 1906. S. Karger.

3) Frankenhäuser, Die physiologischen Grundlagen u. die Technik der Elektrotherapie. Stuttgart 1906. Ferd. Enke.

4) Jellinek, Medicinische Anwendungen der Elektricität. München u. Berlin 1906. R. Oldenbourg.

5) Mann, Elektrodiagnostik u. Elektrotherapie. Wien 1904. Alfred Hölder.

Das bekannte Buch T. Cohn's (2) hat seine Brauchbarkeit durch das Erscheinen der 2. und einer 3. Auflage bewiesen. Neben einzelnen Verbesserungen ist jede Auflage erweitert werden, und zwar die eine durch die Capitel über Teslaisation nnd neuere Anwendungsweisen der Elektricität, die andere durch Hinzufügen eines willkommenen Abschnittes über Betriebsstörungen an galvanischen und Induktions-Apparaten. Hierzu ist das umfangreiche Buch Jellinek's gekommen und das kurzgefasste Mann's. Jellinek (4) bringt in eingehender Weise auf 456 Seiten unter Beigabe eines ausgedehnten Literaturverzeichnisses und vieler Abbilduugen des gangbaren Instrumentarium eine gute Zusammenstellung alles in Betracht Kommenden. Der Werth des Buches scheint aber dem *Ref.* durch die Vertheilung des Stoffes zu leiden. Die Capitel behandeln jedesmal für alle Elektricitätsformen das Theoretische, die Beschreibung der zu ihrer Erzeugung nöthigen Apparate, ihre diagnostische Anwendung und so fort, so das alles das, was über eine Stromesart zu sagen ist, in viele Einzelabschnitte auseinander gerissen ist, und es schwer wird, in dem Buche das Zusammengehörige zusammen zu halten. Die jedesmalige Darstellung einer Stromesart in *einem* geschlossenem Zusammenhange ist ein Vortheil des Mann'schen (5) Grundrisses. Diese Darstellung macht es entschieden dem Praktiker am leichtesten zu lernen, „was er mit seinem oft einfachen Instrumentarium diagnostisch und therapeutisch vornehmen kann, und wo die Grenzen der Leistungsfähigkeit der einfachsten elektrischen Metheden" liegen. Mann giebt, so weit es ihm der Raum gestattet, einen gründlichen Einblick und sichere Einführung in das Gesammtgebiet der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. — Unter Betonung der wissenschaftlichen Grundlagen erfüllen die genannten Arbeiten ihren ausgesprochenen Zweck, praktischen Bedürfnissen zu entsprechen, und bringen alles für den Praktiker Wissensnothwendige. Frankenhäuser (3) und Boruttau (1) sehen darin ihre Aufgabe, zunächst auf Grund physiologischer und biologischer Thatsachen mit den Wirkungen der Elektricität auf den lebenden Körper vertraut zu machen und so die Elektrotherapie auf breiter wissenschaftlicher Basis aufzubauen. In dem Capitel: Die physiologischen Grundlagen der Elektrotherapie hat Frankenhäuser sich dieser Aufgabe gewachsen gezeigt. Boruttau löst sie in den höchst lesenswerthen Abschnitten: Elektrolyse und Elektrochemie in ihren Beziehungen zur Biologie, die bioelektrischen Erscheinungen, die physiologischen

Wirkungen der Elektricität. So sind zwei beachtenswerthe Arbeiten entstanden, von denen reiche Anregung ausgeht, die den Wunsch rege machen, sich mit Elektromedicin zu beschäftigen, und die viel dazu beitragen werden, das gesunkene Ansehen und Interesse an der Elektrophysiologie, -diagnostik und -therapie wieder zu heben.

Apparate.

6) Haerdén, Stromunterbrecher für Funkeninduktoren. Mit besonderer Rücksicht auf deren Verwendung in der Röntgenstrahlen-Technik. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. Beiheft 10. 1901.

7) Haerdén, Ueber die Verwendung von Starkströmen in der Therapie. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. Beihoft 11 u. 12. 1901.

(Technisches über Transformatoren.)

8) Liudemann, Ueber Elektrotherm-Compressen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38. 1899.

9) Steen, An electro thermel paraffin bath. Brit. med. Journ. Dec. 14. 1901.

10) Weiss, Voltregulatoren in der Elektrodiagnostik u. Elektrothorapie. Wien. med. Wchnschr. LI. 36. 37. 1901.

(Theoretische Begründung der Voltregulatoren.)

11) Wertheim Salomonson, Zur Theorie des Oudin'schen Resonator. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. Beiheft 11 u. 12. 1901.

12) Zachariae, J., u. M. Mnesch, Construktion u. Handhahung elektromedicinischer Apparate. Leipzig 1905. Joh. Ambr. Barth.

(Ausgezeichnete, umfassendo Darstellung aller in Betracht kommenden Apparate von technischer Seite mit vielen Abbildungen und Literaturangaben.)

Elektrodiagnostik, Physiologie.

13) Beck, Untersnchungen über den elektrischen Leitungswiderstand des Menschen. Wien. med. Wchnschr. LII. 11. 1902.

14) Bernhardt, Ueber magnetelektrische u. sinusoidale Ströme vom elektrodiagnostischen Standpunkt. Neurol. Centr.-Bl. Nr. 15 u. 16. 1904.

15) Clnzet, Recherches expérimentales sur quelques points d'électrodiagnostic. Gaz. dos Hôp. Nr. 50. 1901.

16) Conrtadon, De la réstistance électrique du corps humain. Thèse do Paris 1901. Ref. in Gaz. des Hôp. Nr. 22. 1902.

17) Duhois, Résistance dn corps humain dans la période variable du courant galvanique. Arch. de Physiol. Nr. 4. 1898.

18) Laschtschenko, Zur Kenntniss der Leitung elektrischer Ströme im lebenden Gewebe, sowie Bemerknngen über den Leitungswiderstand der menschlichen Haut. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 7. 1899.

19) Monarie e Bertoni, Influenza del massaggio e della corrente indotta etc. Clin. med. Nr. 11. 1900.

20) Rohinovitch, Sommeil électriqne. Thèse de Paris 1906.

21) Rohinovitoh, Electrocntion, electric sleep. Journ. of ment. Pathol. Nr. 2. 4. 1905.

22) Wertheim Salomonson, Le syndrome electrique do la paralysie faciale. Ztschr. f. Elektrother. u. ärztl. Elektrotechn. Heft 4. 1900.

23) Zanietowski, Weitere Versuche über Condensatorentladungen. Ztschr. f. Elektrother. n. Elektrodiagnostik Nr. 10. 1905.

24) Zanietowski, Ueber Voltaisation u. über neue Versuche mit Condensatorentladungen. Centr.-Bl. f. Nervonhkde. u. Psych. Beiheft Nr. 11 u. 12. 1901.

Von den Arbeiten über Condensatoreu-Entladungen liegen dem *Ref.* nur 2 von Zeniotowski (23. 24) vor. Es kann daher hier nur auf diese uenere Methode, für die Z. hier im Allgemeinen eintritt, hingewiesen werden. Es handelt sich dobei um das Studium der Wirkungen von Entladungen eines Condensators von bestimmter Capacität unter Wechsel seiner Spannung. In Folge des kurzen Ablaufes der Entladung werden bei dieser Untersuchnngsweise jede wesentliche elektrolytische Wirkung und so auch Aenderungen des Hautwiderstandes vermieden. Sie ist daher in der Elektrodiagnostik für Bestimmung der motorischen Erregbarkeit und qnantitativer Sensibilitätsprüfung den anderen Verfahren, besondera dem galvanischen Strom, an Genauigkeit überlegen. Kurz aufeinander folgende Entladungen sind auch zu therapeutischen Zwecken gebraucht worden.

Wertheim Salomonson (22) verfolgte genau den Verlauf der elektrischen Erregbarkeit bei Facialisparese und schenkte dabei der Verlagerung des motorischen Punktes besondere Aufmerksamkeit. Er etellt fest, dass von diesem Punkte, der für den M. frontalis etwa $2^1/_2$ cm von der Medianlinie und 5 cm oberhalb der Augenbraue liegt, selbst bei leichten Lähmungen auch dann langsame der Entartungsreaktion entsprechende Zuckungen zu erhalten sind, wenn vom gewöhnlichon Ort des motorischen Punktes diese noch der Norm entsprechen.

Die gleichen Verhältnisse studirte experimentell Cluzet (15). Bernhardt (14) findet, dass Muskeln, die auf den galvanischen Strom mit trägen Znckungen reagiren, diese auch auf Reizung mit dem magnetelektrischen und sinusoidalen zeigen.

Physiologisch sehr beachtenswerthe Thatsachen bringt Rohinovitch in Nr. 20, auszugsweise das Gleiche in Nr. 21. Nach diesen Untersuchungen, die nnter Leduc angestellt wurden, ist der Leduc'sche intermittirende Gleichstrom im Stande, Kaninchen, Hunde nnd auch den Menschen, unter Hemmung der willkürlichen Bewegungen und Aufhebung der Sensibilität in eine Art Schlafzustand zu versetzen, und sie stundenlang darin ohne Schädigung zu halten, wenn nur die Unterbrechungen und die Spannung des Stromes unter gleichen bestimmten Bedingungen gehalten werden, und wenn als differente Elektrode am Kopfe die Kathode wirkt. Störungen treten aber bei Verwendnng der Anode in Gestalt von Beschleunigung der Respiration und Erhöhung der Temperatur auf und bei Stromschwankungen. Wird die Stromspannung in unrichtiger oder bewnsster Weise gesteigert, das Maass ist verschieden, so tritt unter Athmungsstillstand und Sinken des Blutdruckes der Tod ein.

Unter den Arbeiten über Leitungswiderstand ist die von Duhois (17) besonders zu bemerkon. Er begründet hierin die Verwendung des Voltmeters. Laschtschenko (18) macht Frankenhäuser gegenüber Prioritätsansprüche in Bezug auf gewisse Experimente über Joneneinführung durch den Strom.

Gesundheitsschädigungen durch atmosphärische und technische Elektricität.

25) Batelli, Le mécanisme de la mort par les courants électriques chez l'homme. Revne méd. de la Suisse rom. Nr. 10. 1899.

26) Bordier et Piéry, Recherches expérimentales snr les lésions des cellules nerveuses d'animaux fondroyés par le courant industriel. Lyon méd. Nr. 7. 1901.

27) Bois, Des accidents causés par la foudre et les courants électriques de haute voltage et de leur traitement. Lyon méd. Nr. 25. 1903.

28) Fletan, Ueber Gesundheitsstörungen nach Einwirkung von Starkstrom. Allgem. med. Centr.-Ztg. Nr. 35. 1902.

29) Hoche, Ueher die nach elektrischen Entladungen auftretenden Neurosen. Aerztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 18. 1901.

30) Jellinek, Beobachtungen an Elektricitätsarbeitern. Wien. klin. Wchnschr. XIII. 51. 1900.

31) Jellinek, Blitzschlag und elektrische Hochspannnng. Wien. klin. Wchnschr. XIV. 28. 29. 1901.

Digitized by Google

32) Jellinek, Animalische Effekte der Elektricität. Wien. klin. Wchnschr. XV. 16. 17. 1902.

33) Jellinek, Zur Klinik der durch athmosphärische und technische Elektricität verursachten Gesundheitsstörungen. Wien. klin. Wchnschr. XV. 46. 1902.

34) Jessen, Zur Kenntniss der Starkstromverletzungen. Münchn. med. Wchnschr. XLIX. 5. 1902.

35) Kalt, Ein Beitrag zur Casuistik der Unfälle durch Elektricität. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 22. 1902.

36) Mills and Weisonburg, The effects on the nervous system of electric currents of high potential. Univers. of Pennsylv. med. Nr. 2. 1903.

37) Smurthwaite, Remarks on a case of electric shock. Brit. med. Journ. March 9. 1901.

38) Trotter, Electric shocks at 500 volts. Lancet March 22. 1902.

39) Terrien, Des troubles visuels d'origine électrique au point de vue médicolégal. Progrès méd. Nr. 49. 1902.

Unter den Arbeiten, die das Thema der Ueberschrift behandeln, werden besonders die hervorgehoben, die das Resultat fortlaufender Untersuchungen Jellinek's sind. An Elektricitätsarbeitern beobachtete er bei Anwendung von Gleichstrom Blutdruckerhöhung, bei Wechselstrom Blutdruckerniedrigung. An den peripherischen Arterien fiel ihm selbst bei jungen Leuten eine deutliche Rigidität auf, wenn sie nur längere Zeit in Elektricitätswerken, d. h. im Bereiche hochgespannter Ströme, thätig gewesen waren (Nr. 30). Eingehende Mittheilungen über Zustandekommen, Befund und Verlauf bei Verletzungen durch Blitzschlag in 10 Fällen mit einer Literaturübersicht dieses Gegenstandes bringt er in Nr. 31—33. Auf Grund dieser Beobachtungen und von Thierexperimenten kann ein und derselbe Blitz oder Strom bei verschiedenen Personen ganz verschiedene Wirkungen hervorbringen, besonders an der Hautoberfläche. Es scheint nicht nur auf die Strommenge, bez. Stärke anzukommen, um momentane Tödtung zu erzielen, sondern auf den Weg, den der Strom nimmt, und darauf, welchen Widerstand er findet, d. h. beim Experiment auf die Art und Weise, wie er dargereicht wird. Die durch Blitzschlag oder durch hochgespannte technische Ströme „hervorgerufenen Brandwunden sind nicht allein durch Flammenwirkung bedingt, sondern auch und manchmal sogar allein die Folge elektrischer Durchleitung des Gewebes bei grossem inneren Widerstande". Der Strom geht durch das Körperinnere hindurch, und zwar den Weg des geringsten Widerstandes. Er kennzeichnet hier seinen Durchtritt durch Hinterlassen von Gewebeveränderungen. Im Centralnervensystem zeigen mikroskopische Präparate als seine Folgen herdweise auftretende Veränderungen in Gestalt von Degenerationserscheinungen, so besonders an den Spinalganglien Vacuolenbildung, Karyolyse und Blutungen in die Zellen. Für die gerichtliche Medicin wichtig ist, dass diese mikroskopischen Veränderungen, die auch bei den durch Elektricität Hingerichteten gefunden wurden (ein Auszug der Protokolle in Nr. 21) von Bordier und Piéry (26) experimentell nicht hervorgerufen werden konnten, und dass der makroskopische Sektionsbefund dorart uncharakteristisch sein kann, dass selbst an den Stellen der Haut keine Veränderungen nachweisbar sind, die sicher dem Contakt ausgesetzt waren. Der Tod tritt nach Untersuchungen von Robinovitch (21) und Batolli (25) durch die Wirkungen des Stromes auf das Herz und auf die Athmung ein. Besonders Batelli betont, dass Ströme niedriger Spannung deletärer auf das Herz wirken, als solche höherer, dass daher die in Amerika geübte Anwendung der Elektricität zu Hinrichtungen nur wenig wissenschaftlich begründet erscheint. Seine Meinung, dass die Wirkungen der technischen Ströme auf den Menschen durch die jedesmaligen äusseren Bedingungen des Contaktes und der Leitung sehr stark modificirt werden, theilt auch Trottor (38). Die übrigen Arbeiten behandeln im Wesentlichen die Klinik der Unfälle durch technische und atmosphärische Elektricität. Aus ihnen sei die Beobachtung Kalt's (35) hervorgehoben, da sie zeigt, dass selbst bei vollkommener Bewusstlosigkeit und schweren Hautverletzungen vollkommene Heilung eintreten kann. Demgegenüber weisen Andere darauf hin, dass in anfangs leicht erscheinenden Fällen noch schwere Gesundheitsstörungen auftreten können, nicht allein als Wirkung des psychischen Shocks, dessen Mächtigkeit besonders Jellinek nach der Erfahrung eines Selbstversuches betont, sondern auch als Folge der organischen Verletzung des Nervensystems. Ausführlich berichtet Terrien (39) über Sehstörungen nach Beobachtungen, die an 45 Verletzten gesammelt wurden.

Allgemein Therapeutisches.

40) Bandet, Indicaties voor Electrotherapie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 22. 1905.

41) Bernhardt, Beziehungen (der Elektrotherapie) zu den anderen physikalischen Heilmethoden und ärztliche Erfahrungen. Handb. d. physikal. Therapie, herausgeg. von *Goldscheider* u. *Jacob*.

42) Dignat, Les récents découvertes et leur influence sur l'électrothérapie. Bull. de Thér. Nr. 11. 12. 13. 18. 20. 22. 1905.

43) Irwin, Electrotherapy reviewed briefly. Amer. Pract. a. News Oct. 1. 1902.

44) Kurella, Ueber einige Fundamentalfragen der Elektrotherapie. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. Beiheft 10. 1901.

45) Leduc, Die Ionen- oder elektrolytische Therapie. Zwangl. Abhandl. aus d. Geb. d. Elektrother. u. Radiol. Heft 3. Leipzig 1905. Joh. Ambr. Barth.

46) Macintyre, Recent electrotherapentic works in medicine and surgery. Glasgow med. Jonrn. Aug., Sept., Nov. 1902.

47) Macintyre, Recent electrotherapeutics with special reference to malignant disease. Brit. med. Jonrn. Jnne 6. 1903.

48) Morton, Recent advances in electrotherapentics. New York med. News Dec. 27. 1902.

49) Neftel, Electricity in general practice. New York a. Philad. med. Record Nov. 28. 1903.

50) Owen, An adress on the future of electrotherapeutics. Brit. med. Journ. Jan. 3. 1903.

51) Rainear, The proper recognition of electrotherapeutics. New York med. News Jnne 20. 1903.
52) Régnier, Electrotherapie: Traitement électrique de la neurasthénie. Progrès méd. Nr. 23. 1903.

Zunächst sei auf die Skizze Kurella's (44) hingewiesen, in der er betont, dass vor Allem im Bewusstsein des Elektrotherapeuten eine lebendige Vorstellung von dem vorhanden sein müsse, was in dem den Strom aufnehmenden menschlichen Körper vor sich geht. Aus seinen Leitsätzen sei der 5. wiedergegeben: Der Körper ist also etwas ganz anderes, als ein metallischer Leiter; es ist nothwendig, sich ganz von der Vorstellung frei zu machen, als ginge im Körper jemals etwas Aehnliches vor sich, wie in einem aus Batterie (oder Dynamomaschine), Leitungsdraht, Rheostat und Galvanometer bestehenden Stromkreise. Der Körper ist entweder Sitz einer Ionen-Wanderung (bei constant fliessendem Gleichstrome) oder er ist als Nichtleiter, als Dielektricum Sitz der als „dielektrische Verschiebung" bezeichneten Zustände.

Auch Leduc geht von neueren Anschauungen über das Wirken des galvanischen Stromes im lebenden Körper aus. Er handelt, wie schon der Titel seiner Arbeit (45) sagt, die Elektrotherapie vom Gesichtspunkte der Ionenlehre aus ab. Er bringt manche interessante Thatsache und lässt Vieles für die Zukunft einer hierauf gegründeten Therapie hoffen. Er zeigt wie durch die elektrolytische Methode mit Erfolg chronische indurative Gewebeprocesse (Gelenkleiden, Skleritiden) erfolgreich angegriffen werden, und wie durch Einführung von Ionen, z. B. die des Zinks, ulcerirende Vorgänge (Ulcus cruris, Ung. incarnat.) sehr günstig beeinflusst werden. Leider ist das Capitel Therapie nur als Uebersicht über die Erfahrungen L.'s und Anderer, besonders französischer Autoren, geschrieben, auch Ausführliches und Zusammenhängendes über die Methodik des Verfahrens fehlt ganz, so dass der nicht schon Unterrichtete schwer aus der Arbeit sich damit wird vertraut machen können. Da L. selbst auf die technischen Schwierigkeiten aufmerksam macht, ist dieses bei den angeführten therapeutischen Erfolgen um so mehr zu bedauern. Er sagt: „Da die polaren Wirkungen nur Ionenwirkungen sind, so müssen sie durch Alles, was den Ionenaustausch beeinflusst, stark abgeändert werden. Die elektrolytische Einführung von Ionen erfordert so sorgfältige Cautelen, wie die Handhabung der Asepsis. Macht man die aktiven Lösungen mit beliebigem filtrirtem Wasser, wählt man die die Elektrode bildende hydrophile Substanz nicht sorgfältig aus, so bleibt die gewollte Wirkung nicht nur aus, sondern es tritt auch eine andere Wirkung auf." Jedenfalls sind die Ausführungen bemerkenswerth genug, um ihnen die verdiente Beachtung zu wünschen.

In sachlicher und mehr oder weniger gelungener Weise machen mit der Theorie, Indikation und Heilaussicht der älteren und neueren Formen der Elektrotherapie die anderen Arbeiten bekannt.

Bernhardt (41) führt seinen Standpunkt über die Berechtigung der Elektrotherapie dahin aus, dass er jedes therapeutische Verfahren für erwünscht und nothwendig erklärt, dessen Anwendung allein schon genügt, um der Psyche des Kranken zu nutzen, ganz abgesehen davon, ob die Maassregeln auf den Krankheitsprocess für sich einen Einfluss haben. Der Arzt ist schon aus diesem Grunde gezwungen, Elektrotherapie zu treiben. Die Elektricität soll zusammen und abwechselnd mit anderen Heilmethoden angewandt werden, da hierdurch am längsten die Psyche der oft Jahre lang Leidenden aufrecht erhalten wird. B.'s Aufsatz wird nach den früher angeführten Lehrbüchern unter den orientirenden für den Praktiker der lesenswertheste sein. Ueber andere wie Nr. 43, 49 kann hinweggegangen werden, da sie oft Gesagtes nur wiederholen. Eine ausführliche grösstentheils über die neueren Publikationen aus dem Gebiete der Elektrotherapie referirende Arbeit ist die Dignat's (42). Auch Macintyre (46) giebt eine gute Zusammenstellung der neueren Anwendungsformen unter Berücksichtigung seiner Erfahrungen bei Lupus und Hautcarcinomen; daneben eine Beschreibung der Ausstattung des Glasgow royal infirmary mit elektrischen Apparaten. In Nr. 47 wiederholt er das bereits Gesagte. Owen (50) kennzeichnet die Stellung des englischen Arztes als Elektrotherapeuten dem Publicum und dem Kurpfuscherthume gegenüber. Er befürwortet die Errichtung eines elektrotherapeutischen Institutes durch die British electrotherapeutical Socioty.

Faradisation und Galvanisation.

53) Dunath, Menière'scher Symptomencomplex, geheilt mittels galvanischen Stromes. Wien. klin. Wchnschr. XIV. 47. 1901.

54) Jahoulay u. Chanoz, Paralysie rachiale par fracture de l'humerus; libération du nerf; réactions électriques de dégénérescence; traitement electrique; guérison complète en quatre mois. Lyon méd. Nr. 27. 1901.

55) Laquerrière, De l'impuissance sexuelle et de son traitement électrique. Progrès méd. Nr. 19. 1902.

56) Laquerrière, Considérations sur le traitement électrique des neuralgies au sujet de deux cas rebelles guéris par l'électricité. Progrès méd. Nr. 36. 1902.

57) Sloan, Faradisation on the head in the treatment of chronic insomnia and associated neuroses. Brit. med. Journ. Nr. 2113. 1901.

58) Tnlmey, Gynecological electrotherapeutics. New York med. Record Nr. 2. 1902.

59) Tovölgyi, Die Elektrotherapie bei Blasenstörungen auf Grund organischer Nervenleiden. Ther. d. Gegenw. Nr. 6. 1900.

60) Vernay, Traitement de la neuralgie de la face par les courants galvaniques. Lyon méd. Nr. 44. 46. 47. 1901.

Die Faradisation wandten Nr. 57 und 59 zu therapeutischen Zwecken an, schwache galvanische Ströme Nr. 53 und 54. Die anderen Arbeiten empfehlen nach Vorgang der Franzosen galvanische Ströme von hoher M.-A.-Zahl, und zwar vorzugsweise zur Behandlung von Neuralgien. Besonders charakteristisch ist die eingehende Arbeit Vernay's (60), der ausführliche Krankengeschichten zum Beleg seiner Auseinandersetzungen bringt. Er behandelt Trigeminusneuralgien mit galvanischen Strömen von 40—70 M.-A., die er mittels sehr grosser Elektroden, die differente = 150 qcm, die indifferente = 300—400 qcm, während etwa eines Monats täglich 30 bis 60 Minuten lang applicirt. Die Anode wird auf den Ort der Erkrankung gesetzt. Den Strom lässt man vorsichtig ein- und ausschleichen. Die Wirkung soll durch elektrolytische Vorgänge am Nerven bedingt sein.

Digitized by Google

Arsonvalisation.

61) Baedeker, Die Arsonvelisation. Behandlung mit Strömen von hoher Frequenz u. starker Spannung (Tesla-Strömen), nach eigenen und anderen Befunden. Wien. Klinik 1901.

62) Bordier, Traitement électrique de la neuralgie paresthésique. Gaz. des Hôsp. Oct. 3. 1903.

63) Eulenburg, Ueber die Wirkung und Anwendung hochgespannter Ströme von starker Wechselzahl (d'Arsonval-Tesla-Ströme). Deutsche med. Wchnschr. XXVI. 12. 1900.

64) Eulenburg, Ueber einige physiologische u. therapeutische Wirkungen der Anwendung hochgespannter Wechselströme (Arsonvalisation). Ther. d. Gegenw. Heft 12. 1900.

65) Eulenburg. Ueber Anwendung hochgespannter Wechselströme (Arsonvalisation). Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. Beiheft 8. 1900.

66) Freund, L., Die physiologischen Wirkungen d. Polentladungen hochgespannter Induktionsströme u. einiger unsichtbaren Strahlungen. Sitz.-Ber. d. kais. Akad. d. Wissensch. in Wien CIX. Abth. 3; Oct. 1900.

67) Frennd, L., Ueber die therapeutische Verwendung der Hochfrequenzströme. Wien. med. Wchnschr. LIII. 36. 1903. — Mitth. d. Gesellsch. f. innere Med. in Wien Nr. 3. 1903.

(Disskussionsbemerkungen von Kahue, Algyogyi, Winkler.)

68) Guillaume, referirt von Delherm, De l'influence des courants de haute frequence sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. Gaz. des Hôp. Nr. 16. 1901.

69) Imbert, Note sur le traitement des tuberculoses chirurgicales par les courants de haute fréquence. Gaz. des Hôp. Nr. 15. 1902.

70) Kindler, Ueber die therapeutische Wirkung *Arsonval*'scher Ströme. Fortschr d. Med. Nr. 13. 1901.

71) Lequerrière, Hydrorrhée nasale intense guérie au cours d'un traitement générale d'électricité. Progrès méd. Nr. 2. 1903.

72) Laquerrière, Traitement électrique de la fissure sphinctéralgique de l'anus. Progrès méd. Nr. 34. 1903.

73) Stemho, Ueber die physiologische Wirkung u. therapeutische Anwendung hochgespannter Ströme von starker Wechselzahl. *Arsonval*-Ströme. Petersb. med. Wchnschr. Nr. 11. 1902.

74) Williams, The traitment of phthisis by means of electrical currents of high frequency and high potential. Brit. med. Journ. Oct. 12. 1901.

Den Arbeiten, die sich mit den neueren Elektricitätsformen und ihrer therapeutischen Anwendung beschäftigen, sei die Freund's (66) vorausgestellt, da seine Versuche unter allen am meisten experimentell die Wirkungsweise dieser Ströme zu ergründen suchen, und da die Ergebnisse noch am ehesten dazu beitragen, den Einfluss dieser neuen Behandlungsarten nicht allein auf Suggestion zu beziehen, sondern auf Einwirkungen, die durch diese Elektricitätsformen selbst bedingt sind. Durch das Studium der physiologischen Wirkungen der Polentladungen hochgespannter Induktionsströme und der Röntgen-, Becquerel- und Phosphorescenzstrahlen, kommt er unter Anderem zu folgenden Ergebnissen:

Direkte Funkenschläge, gleichgültig wie sie entstehen, ob als direkte Polentladungen des Funkeniudnktors oder als Effluvien des Arsonval-Ondin'schen Apparates können beim Thiere Haarausfall zu Wege bringen. Direkte Funkenschläge sind im Stande, Aussaaten und bereits entwickelte Culturen in der weiteren Entwickelung zu hemmen, bez. abzntödten; die Wirkungsart stiller Entladungen ist qualitativ dieselbe, wie die der direkten Funkenschläge. Röntgen-, Becquerel- und Phosphorescenzstrahlen kommt nach seinen Untersuchungen keine physiologische Wirkung auf die Bakterienentwickelung zu. Die durch direkte Funkenentladungen in der Haut hervorgerufenen pathologischen Veränderungen bestehen aus Blutungen in das Cutisgewebe, in Entzündung und in einer durch Vacuolenbildung sich charakterisirenden Gefässerkrankung. Die Wirkung der d'Arsonval'schen Autoconduktion deutet er sich in der Weise, dass die ganze oder ein grosser Theil der Hautoberfläche dem Reize dunkler oder Büschelentladungen ausgesetzt ist, der wie Fr.'s Präparate zeigen, eine beträchtliche Hyperämie der Hautgefässe und so einen Einfluss auf die Blutvertheilung im Körper und auch in gewissem Sinne auf den Stoffwechsel hervorruft.

Der Standpunkt, zu dem die deutschen Autoren in den vorliegenden Arbeiten nach Prüfung der Arsonval'schen Angaben gekommen sind, ist für die *allgemeine* Arsonvalisation ein ablehnender. Ein objektiv nachweisbarer Einfluss auf die Krankheit ist kaum jemals festgestellt worden. Subjektive Besserungen werden dagegen besonders bei Schmerzempfindungen und Parästhesien nicht so selten angegeben, ebenso dass bestehende Schlaflosigkeit nach den Sitzungen weicht. Eine Hauptrolle dürfte aber der bekannten grossen Suggestibilität der funktionellen Nervenkranken bei der Erzielung dieser Heilerfolge zukommen. Allerdings ist man nicht ganz einig über den Einfluss auf Neurastheniker. Jedenfalls wird, auch wieder im Gegensatze zu den Franzosen, auch auf sie ein durchaus günstiger beobachtet.

Bei *lokaler* Anwendung wird über Heilungen von Neuralgien, Kopfschmerzen, Gelenkleiden berichtet. Sie erklären sich zum Theil dadurch, dass die Arsonval'schen Büschelentladungen nach der eben erwähnten Arbeit Freund's ein starker Hautreiz sind. Heilerfolge bei Stoffwechselanomalien, Diabetes, Fettsucht, werden von keinem deutschen Autor bestätigt. Ob überhaupt der Arsonvalisation eine Allgemeinwirkung und eine solche auf den Stoffwechsel zukommt, ist sehr fraglich.

Guillaume (68) berichtet über Vermehrung des Oxyhämoglobins. Eulenburg (64) erscheint eine Anregung des Stoffwechsels durch diese Ströme als eine immerhin mögliche Annahme. Er gründet dieses Urtheil auf Experimente und klinische Erfahrungen, die unter ihm angestellt und gesammelt wurden, und die Baedeker (61) mit Literaturangaben in seiner kritischen Monographie aus dem Jahre 1902 veröffentlicht. Seine Experimente stellen im Gegensatze zum Erfinder der Arsonvalisation fest, dass diese auf den Blutdruck in der Carotis des Kaninchens in 5 Fällen keinen Einfluss hatte, und dass bei 3 von 4 untersuchten Thieren die Respiration ebenfalls ohne jede Einwirkung blieb. Seine klinischen Mittheilungen zeigen, dass auch hier die französischen Beobachtungen nicht ohne Kritik aufgenommen werden können. B. meint, dass der auffällige Unterschied in den Angaben über die Erfolge dieser Therapie zum Theil in der verschiedenen Anwendungsweise liegt. Er zeigt, dass allgemeine und lokale Applikation ganz verschiedene Dinge sind, und dass besonders von der letzteren Manches zu erhoffen ist. Eine Beeinflussung von lokalisirten Tuberkulosen durch sie, wie sie Imbert (69) berichtet,

Digitized by Google

erscheint durchaus möglich; wenig wahrscheinlich dagegen das Ergebniss Williams (74). Er meint, durch allgemeine Arsonvalisation von 43 Tuberkulösen aus der Londoner Armenbevölkerung 42 gebessert zu haben, obgleich Husten, Bacillen und die physikalisch nachweisbaren Symptome zurückblieben!! Auf Grund welcher Erscheinungen er zu diesem seinem optimistischen Glauben an seine Therapie kommt, ist aus der Publikation schlechterdings nicht zu ersehen. Einführende und über das Gebiet der Arsonvalisation orientirende Aufsätze sind die Eulenburg's (63 u. 64), Freund's (66) und Stombo's (73).

Franklinisation.

75) Bédart, Rotablissement de la sécrétion lactée par l'électrisation. Echo med. du Nord Nr. 12. 1901.

76) Breitung, Ueber allgemeine concentrische Franklinisation in der ärztlichen Praxis. Wien. klin. Wchnschr. XIII. 37. 1900.

77) Chase, Howland, Static electricity in the treatment of insanity. New York a. Philad. med. Journ. Nr. 18. 1902.

78) Luzenberger, Die *Franklin*'sche Elektricität in der med. Wissenschaft u. Praxis. Zwangl. Abhandl. aus d. Geb. d. Elektrother. u. Radiol. u. s. w. Nr. 4. 1905.

79) Luzenberger, Casuistische Beiträge zur *Franklin*'schen Therapie. Ztschr. f. Elektrother. u. s. w. Nr. 2 u. 3. 1904.

80) Schatzky, Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Franklinisation. Ztschr. f. Elektrother. u. s. w. Nr. 1. 1901.

81) Stanford, Static electricity in the treatment of sprain. New York med. News Nr. 3. 1901.

82) Snow, The application of the electro-static wave current. New York med. Record Nr. 9. 1900.

Luzenberger (78. 79) giebt eine zusammenfassende Darstellung der Franklinisation. Er behandelt eingehend die historische Seite, die ältere Literatur und die Diskussion der Wirkungsweise dieser Elektricitätsform. Nach einem Kapitel über die Apparate und Anwendungsformen giebt er seine persönlichen Erfahrungen über die therapeutischen Leistungen des Franklin'schen Stromes.

Bei Diabetes sah er keine Beeinflussung der Grundkrankheit, wohl aber ein besseres subjektives Befinden und eine grössere Leistungsfähigkeit der Kranken während der Franklinisation. Ueber vorzügliche Resultate berichtet er besonders bei funktionellen Neurosen, ausserdem wendet er sie viel an bei Dermatosen. Er betont, dass die Elektricität bei diesen Erkrankungen nicht so sehr als Suggestiv-Mittel, sondern als physikalische Kraft wirke.

Schatzky (80) untersuchte experimentell die Wirkung der Franklin'schen Funken- und Büschelentladungen, sowie die des elektrischen Windes auf Jodkalium-Stärke-Kleistergemische. Er stellte dabei nicht allein auf der Oberfläche der mit dieser Lösung beschickten Körper Bläuung des Kleisters fest, sondern auch in ihrem Innern. Er schliesst daraus: Alle in der Therapie geübten Methoden der Franklinisation sind nothwendig von Strömungen elektrischer Massen durch den Körper begleitet, diese Massen suchen den besseren Leiter und kürzesten Weg zu den Punkten ihrer Neutralisation. Bei der Durchströmung elektrischer Massen durch die Gewebe und Flüssigkeiten des Körpers entwickeln sich unbedingt elektrolytische Phänomene und Wärme. Zu erwähnen ist, dass Schatzky's Experimente und Schlüsse von anderer Seite angegriffen werden.

Breitung (76) beschreibt eine Art Ohrentrichter zur Behandlung subjektiver Gehörsempfindungen und empfiehlt, um den Verlust elektrischer Kraft zu vermeiden, das allgemeine elektrostatische Luftbad in seinem „Pavillon", einem Lattengestell, dessen Einrichtung es ermöglicht, aus Metallspitzen concentrisch Elektricität auf den darin befindlichen Kranken ausströmen zu lassen. Er befürwortet diese Franklinisation besonders für Neurastheniker, die nach ihm mit — Elektricität überladen sind! Bedart (75) glaubt durch Anwendung von Funken- und Büschelentladungen in 11 unter 13 Fällen die Drüsenfunktion der Mamma bis zur Norm gesteigert und dann auf dieser erhalten zu haben, nachdem der Saugreiz des Säuglings hierzu unzureichend geworden war. Leider kann seiner Arbeit für diese in der Pädiatrie so wichtigen Frage keinerlei Bedeutung zugesprochen werden, da jede näheren Angaben über die gelieferten Milchmengen und wie diese gewonnen wurden, ob durch Abdrücken, Absaugen, Abtrinken, gänzlich fehlen. Nr. 77 u. 81 sind die Therapie empfohlenden Artikel, Nr. 82 befürwortet die Morton'sche Modifikation für Neurosen.

Elektromagnetismus.

83) Cohn, Therapeutische Versuche mit Elektromagneten. Berl. klin. Wchnschr. XLI. 15. 1904.

84) Eulenburg, Ueber einige neuere elektrotherapeutische Methoden. Ther. d. Gegenw. Nr. 10. 1902.

85) Lilienfeld, Der Elektromagnetismus als Heilfaktor. Ther. d. Gegenw. Nr. 9. 1902.

86) Nicolet, Le traitement électro-magnétique. Belg. Med. Nr. 21. 1904.

87) Rodari, Ueber ein neues elektrisches Heilverfahren. Berl. klin. Wchnschr. XXXVIII. 23. 24. 1901.

88) Rodari, Nochmals einige elektrotherapeutische Reflexionen. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 4. 1902.

Rodari befürwortet in seinen Arbeiten (87. 88) die Einführung des Elektromagnetismus in die Therapie. Es handelt sich dabei um Wirkungen eines magnetischen Feldes, das durch einen sehr starken Elektromagneten erzeugt wird. Das Technische und Theoretische des Apparates auseinanderzusetzen ist hier nicht der Platz. Es geschieht dieses mehr oder weniger eingehend in den genannten Arbeiten. Physiologische Wirkungen, die schon der Erfindor Konrad Müller wahrnahm, ebenso wie er schon therapeutische Erfolge zu sehen glaubte, sind auch von den Nachprüfenden festgestellt worden. Cohn (83) berichtet über Wahrnehmung galvanischen Geschmacks, Lilienfeld (85) eingehend über Lichtempfindungen. Nach ihm besonders und nach Eulenburg (84) kommen auch sedative Wirkungen in Betracht. Rodari selbst (88) und Andere glauben eine Steigerung des Oxyhämoglobingehaltes des Blutes unter der Wirkung des elektromagnetischen Feldes feststellen zu können. Therapeutisch wurde es angewandt bei Neurosen, Neuralgien, Schlaflosigkeit, Neurasthenikern, Hysterischen u. s. w. Der Erfolg ist ein sehr verschiedener. Eulenburg und Lilienfeld glauben dieses Heilverfahren empfehlen zu können, sie sahen bei 67% ihrer Kranken Besserung. Cohn (83) fällt die Uebereinstimmung seiner Resultate bei der Elektromagnetbehandlung mit denen auf, die er früher bei seinen Versuchen mit Teslaströmen erzielt hatte, und er urtheilt daher: Ich stehe nicht an zu sagen, dass ich nach den bisher vorliegenden Erfahrungen die elektromagnetischen Heilerfolge so lange als enggestive ansehe, bis irgend ein Faktum vorliegt, das zur gegentheiligen Annahme zwingt.

Elektricität in der Dermatotherapie.

89) Ehrmann, Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Elektricität und der X-Strahlen. Wien. med. Wchnschr. LI. 31. 1901.

90) L. Freund, Die Verwendung der Spannungselektricität zur Behandlung von Hautkrankheiten. Verhandl. d. dermatol. Gesellsch. Breslau 1901.

91) Leredde, Traitement du prurit anal et vulvaire par les courants de haute fréquence. Bull. de Thér. Nr. 15. 1901.

92) Régnier, Les courants de haute fréquence en dermatologie. Progrès méd. Nr. 20. 1902.

Digitized by Google

93) Winkler, Die Elektricität in der Dermatotherapie. Centr.-Bl. f. d. ges. Ther. Heft 11. 1902.
(Siehe auch unter den einzelnen Capiteln.)

Winkler (93) schreibt der Elektrotherapie bei Hauterkrankungen grosse Erfolge zu. Sie ermöglicht nach ihm eine sichere Behandlung des Juckreizes und rasche Behandlung des Ekzems, sowie eine sichere Besserung aller congestiven Zustände; bei allen lokalen Schmerzempfindungen, bei Urticaria, Fissuren des Anus, Rhagaden der Brustwarzen, Verbrennungen, Herpes zoster, ist nach ihm „die elektrische Behandlung heute als die souveräne Methode anzusehen". Ob er dabei nur die lokal gebrauchten Elektricitätsformen oder auch ihre Allgemeinanwendung meint, geht nicht sicher aus seinen Worten hervor. Nach Freund (90), der nie die geringste Wirkung von einer allgemeinen Anwendung bei Hautaffektionen sah, darf man von dieser wenig Erfolg erwarten, er hält die direkte lokale Applikation und die Wirkung auf der Applikationsstelle für das Wesentliche bei der Behandlung von Hautkrankheiten mit Spannungselektricität. Wirkungen werden erstens durch die Funkenschläge hervorgerufen, denen nach seinen Untersuchungen (Nr. 66) eine Austrocknung, Erwärmung, Entwicklungshemmung von Mikroorganismen und ausserdem wahrscheinlich eine elektrolytische und mechanische Aktion zukommt. Neben diesen unmittelbaren Wirkungen des Funkenschlages hat man aber noch die Wirkungen der gleichzeitig producirten intensiven chemischen Lichtstrahlen, des entwickelten Ozons, sowie vielleicht entfernte Wirkungen der elektrischen Strömung in Betracht zu ziehen. Wo parasiticide Wirkungen erwünscht sind, sah er die geringsten Erfolge, gute bei Hypertrophien des Cutisgewebes und bei Dermatosen, die sich durch chronische Zellinfiltrate in der Cutis charakterisiren. Eine günstige Wirkung sah er auch bei essentiellem und symptomatischem Pruritus. Von derartigen Erfolgen berichtet auch Leredde (91).

Elektrische Bäder.

94) Friedmann, Das elektrische Vierzellenbad. Mon.-Schr. f. prakt. Wasserhkde. Heft 4. 1902.

95) Gerlach, Ueber Versuche mit dem elektrischen Vierzellenbad. Therap. Monatsh. Heft 12. 1900.

96) Adolf Schnée, Ueber Versuche mit dem elektrischen Vierzellenbad. Prag. med. Wchnschr. XVI. 3. 4. 6. 8. 1901.

97) C. E. Schnée (Karlsbad), Meine Erfahrungen mit dem elektrischen Vierzellenbad. (Als Manuskript gedruckt.)

98) Otto Schnée, Prospekte über das elektrische Vierzellenbad.

99) Weil et Mougeat, Action des bains hydroélectriques dans diverses affections cardiovasculaires. Bull. de Ther.

Zu therapeutischen Versuchen mit dem Schnée'schen Vierzellenbad wird man auf Grund der Veröffentlichungen von Adolf, Otto und E. C. Schnée (96. 97. 98) wohl am wenigsten kommen. „Die elektrolytisch-kataphorisch-katalytisch-vasomotorisch, trophische Wirkung des galvanischen Stromes auf den Gesammtorganismus des Menschen", ist doch durchaus nicht so „bereits hinlänglich bekannt", als dass nicht die Voraussetzungen des Autors angreifbar wären. Ebenso erweckt die Tabelle in Nr. 97, in dor keine dor verschiedenartigsten Krankheiten durch das Bad unbeeinflusst bleibt, manchen Zweifel. Erst Gerlach's (95) Publikation zeigt, dass man mittels des elektrischen Vierzellenbades dou Strom in bestimmter Richtung zum Durchgang durch den Körper zwingen kann. Er fügt hinzu, dass auch er über Kataphorese mit dem Bade eine grosse Reihe erfolgreicher Versuche ausgeführt habe, besonders mit Jodsalzen. Klinische Resultate sah auch Noorden (94). Er berichtet über Besserung lästiger Begleitsymptome bei Diabetes, nicht der Erkrankung selbst.

Weil und Mougeat (99) berichten über 2 Herzfehlerkranke und einen Fall von Raynaud'scher Krankheit, die sie mit sinusoidalen Wechselstrombädern behandelten. Sie glauben mittels Orthodiagraphie die Verkleinerung des Herzschattens und durch Blutdruckmessungen eine Besserung der Cirkulation durch diese Bäder bestätigen zu können.

B. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

772. **Giebt es reducirende Fermente im Thierkörper?** von A. Heffter. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. 1908. Festschr. f. Schmiedeberg p. 253.)

Bei den Reduktionen, die sich in thierischen Geweben abspielen, sind 2 verschiedene Processe zu unterscheiden. Die eine Gruppe von Reduktionen wird durch Blausäure und durch Erhitzen auf hohe Temperaturen kaum beeinflusst. Sie umfasst die H_2S-Bildung aus Schwefel, die Reduktion der Arsensäure, der Tellur- und Selensauerstoffverbindungen, der Kakodylsäure, Pikrinsäure und verschiedener Farbstoffe. Diese Reduktionen sind sicher keine Enzymwirkungeu, sondern werden durch den labilon Wasserstoff der Sulfhydrylgruppen gewisser Eiweisskörper verursacht. Andere Reduktionen aber, die Umwandlung von Nitraten in Nitrite und von Nitrobenzol in eine Aminover-

bindung werden durch Blausäure gehemmt und durch Erhitzen völlig aufgehoben, und diese sind vielfach Enzymwirkungen zugeschrieben worden. Zunächst wohl, wie H. zeigt, ohne genügende Begründung. Es genügt für diese Vorgänge die Anwesenheit einer colloidalen Substanz, die leicht oxydabel ist und sich auf Kosten des Nitratsauerstoffes oxydirt. Die Wirkung der Blausäure ist dabei nicht wunderbarer als bei der Hemmung anderer chemischer Processe auch. Man braucht sich nur der Beobachtung Millon's zu erinnern, dass Jodsäure bei Anwesenheit kleiner Mengen von Blausäure durch Ameisensäure, Oxalsäure und verschiedene Zuckerarten nicht reducirt wird, um eine Anologie zur Hemmung der Organreduktionen zu finden, bei denen der oxydabele Körper verhindert wird, Sauerstoff aus Stickstoffoxyden aufzunehmen. Man könnte auch, wenn man in Betracht zieht, dass ausser Blausäure auch Hydroxylamin und Phenylhydrazin den Reduktionsvorgang hemmen, sich den autoxydablen Körper als Aldehyd, etwa als Amino- oder Oxyaldehyd vorstellen, wodurch sowohl der grossen Verwandtschaft zum Sauerstoff als auch der Hemmungswirkung der 3 Gifte Rechnung getragen würde. Dippe.

773. **Ueber die Zusammensetzung des Protamins aus Lachssperma;** von Louis Nelson. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 331. 1908.)

Ueber das Thymamin: ein Protamin aus der Thymusdrüse; von Demselben. (Ebenda p. 336.)

Für das Protamin des Lachssperma bestätigt N. die Formel $C_{16}H_{27}N_9O_2$. Das Protamin der Schilddrüse hat eine andere Zusammensetzung: $C_{22}H_{40}N_6O_5$. „Dass das Thymamin ein Protamin, wie das Lachsprotamin, nur von anderer Zusammensetzung ist, ergiebt sich aus dem Umstande, dass es durch Kochen aus der Thymusdrüse nicht entfernt wird, während es bei Behandlung der abgekochten Drüse mit Kupferchlorid bei gewöhnlicher Temperatur leicht als salzsaures Salz in Lösung geht. Es ist demnach in der Drüse an Nucleinsäure gebunden. Auch darin stimmt es mit Lachsprotamin überein, dass es Nucleinsäure aus ihrer neutralen oder schwachsauren Lösung in Alkalien fällt. Nach diesen Resultaten steht also das Vorkommen der Nucleinsäure in der Thymusdrüse und wohl in allen Organen der Warmblüter im Einklang mit ihrem Zustand in dem Fischsperma.“ Dippe.

774. **Ueber den Abbau aromatischer Substanzen im menschlichen Organismus.** *Nach Versuchen am Normalen und Alkaptonuriker;* von L. Blum. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 273. 1908.)

„Auch meine Versuche ergeben, dass alle diejenigen Faktoren, welche beim Alkaptonuriker für die Umwandlung einer aromatischen Substanz in Homogentisinsäure maassgebend sind, die Verbrennbarkeit dieser Substanzen im normalen Organismus bestimmen.“ Es findet also wahrscheinlich der Abbau des Tyrosins und Phenylalanins bei dem Gesunden über Homogentisinsäure statt. Bewiesen würde diese Annahme sein, wenn es gelänge, die Homogentisinsäure als Stoffwechselzwischenprodukt im Körper des Gesunden nachzuweisen. Dippe.

775. **Ueber Fett- und Esterspaltung in den Geweben;** von Paul Saxl in Wien. (Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. 1908.)

In den Organen enthaltenes oder ihnen zugesetztes Neutralfett wird während der postmortalen Autolyse nur in geringem Grade gespalten. Monoacetin, Monobutyrin und Aethylbutyrat werden, zerkleinerten Organen zugesetzt, bei kurzdauernder Einwirkung ebenfalls nur wenig gespalten. Salicylsäureamylester wird von allen untersuchten Organen mit Ausnahme der Muskeln und des Blutserum gespalten. Eine Aktivirung der Lipase bei Phosphorvergiftung findet nicht statt.

Isaac (Wiesbaden).

776. **Ein Beitrag zur Chemie der amyloiden Entartung;** von Olav Hanssen in Strassburg. (Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. 1908.)

Zu den Untersuchungen dienten Amyloidmilzen, aus denen die Sagokörner auf mechanische Weise isolirt wurden. Es zeigte sich, dass das derartig isolirte, sonst intakte Amyloid, das alle typischen Eigenschaften des Amyloids besitzt, nur nichtoxydirten Schwefel enthielt, somit keine gepaarte Schwefelsäure und folglich auch keine Chondroitinschwefelsäure enthält. Demnach ist, entgegen den Behauptungen früherer Autoren, die das Amyloid durch Verdauung mit Pepsin aus den Organen dargestellt hatten, eine Betheiligung der Chondroitinschwefelsäure an dem Aufbau des Amyloids abzulehnen. Dagegen fand H., dass amyloide Organe einen erhöhten Gehalt daran aufweisen, so dass dieselben pathologischen Processe, die zur amyloiden Entartung führen, zugleich eine Vermehrung von Chondroitinschwefelsäure herbeizuführen scheinen. Die Färbbarkeit des Amyloids durch Methylviolett und andere Farbstoffe kommt dem Eiweisssubstrat des Amyloids zu, während die Jodreaktion durch eine beigemengte unbekannte Substanz bedingt ist. Isaac (Wiesbaden).

777. **Contribution à l'étude des protéoses;** par E. Zunz. (Arch. internat. de Physiol. V. 3. p. 245. Nov. 1907.)

Die Proteosen geben die Tyndallprobe, scheinen also colloidaler Natur zu sein. Die Peptone geben die Tyndallprobe nicht. Die Heteroalbumose und die Synalbumose bewirken die Fällung von Mastix, *ohne dass ein Elektrolyt hinzugefügt* wird. Die anderen Proteosen und die Peptone besitzen diese Fähigkeit nicht. Bei dem Ausfall von Mastix *unter*

Beisein eines Elektrolyten worden die Albumose A^{II} und die Albumose B^{IV} vollständig vom Präcipitat mitgerissen. Die Heteroalbumose, die Prot- und die Synalbumose und desgleichen die Thialbumose werden nur zum Theil mitgerissen, die Albumose B^{III} und die Peptone überhaupt nicht.

Durch Versetzen mit Essigsäure werden die Proteosen gefällt, aber die Peptone nicht. Zugleich hat man hierbei ein Mittel in der Hand, die primären Albumosen (Prot-, Hetero- und Synalbumose) von den übrigen Proteosen zu trennen. Erstere fallen schon bei viel stärker verdünnter Säure aus.

Sowohl die Proteosen wie die Peptone erhöhen den Brechungsindex des Wassers.

Dittler (Leipzig).

778. **Ueber eine Modifikation des kryoskopischen Verfahrens für Untersuchung kleiner Flüssigkeitsmengen;** von Tosaku Kinoshita in Osaka, Japan. (Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. 1908.)

Die von K. beschriebene Modifikation der gewöhnlichen Beckmann'schen Methode, deren Hauptvortheil in der Anwendung kleinster Flüssigkeitsmengen beruht, besteht in Folgendem: Die Oberfläche des im Gefrierrohr steckenden Thermometertheiles wird mit Ausnahme des Quecksilberbehälters mit Paraffin überzogen und dieser mit aschefreiem Filtrirpapier dicht umwickelt. Dann wird das Thermometer in die Probeflüssigkeit gesteckt, um das Filtrirpapier damit zu tränken, dieses mit Percha lamellata bedeckt und mit Fäden fest verbunden. Zuletzt wird das Thermometer in das Gefrierrohr gebracht, und zwar ohne umzurühren. Isaac (Wiesbaden).

779. **Ueber ein neues Verfahren zur quantitativen Bestimmung der Milchsäure in Organen und thierischen Flüssigkeiten.** *I. Bestimmung der Milchsäure in wässerigen Lösungen. II. Bestimmung der Milchsäure in Organen und thierischen Flüssigkeiten;* von Ernst Jerusalem in Wien. (Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. 1908.)

Die Methode beruht — ähnlich wie das Boas'sche Verfahren — auf der Oxydation der Milchsäure zu Acetaldehyd mittels Kaliumpermanganat und nachheriger Bestimmung des Aldehyds durch Normaljodlösung. J. nimmt die Bestimmung in einem für diesen Zweck construirten complicirten Apparate vor. Für die Bestimmung der Milchsäure in den Organen ist ein besonderer Extractionsapparat nöthig. Die speciellen Vorschriften für die verschiedenen Organe und thierischen Flüssigkeiten müssen im Original eingesehen werden.

Isaac (Wiesbaden).

780. **The optical activity of so-called „Protagon";** by Otto Rosenheim and M. Christine Tebb. (Journ. of Physiol. XXXVII. 4. p. 341. 1908.)

In Pyridin gelöstes Protagon besitzt bei $+30°$ C. ein geringes optisches Rechtsdrehungsvermögen, das bei Temperaturänderungen, speciell bei niedrigerer Temperatur sehr rasch vollständig verschwindet. Kühlt man die Protagonlösung stark ab, so wird sie linksdrehend. Das Maximum des Linksdrehungsvermögens liegt bei $-242°$C. Die Einwirkung von siedendem Alkohol, die bei der Reindarstellung des Protagons nur schwer zu vermeiden ist, übt auf die optischen Eigenschaften des letzteren nicht den geringsten Einfluss aus, so dass bei nachträglicher Abkühlung die alten Verhältnisse ganz wiederkehren. Dittler (Leipzig).

781. **On a new physical phenomenon observed in connection with the optical activity of so-called „Protagon";** by Otto Rosenheim and M. Christine Tebb. (Journ. of Physiol. XXXVII. 4. p. 348. 1908.)

Der phosphorhaltige Bestandtheil des Protagons fällt unter gewissen Verhältnissen aus der Protagon-Pyridinlösung aus und krystallisirt in Form sehr regelmässiger, stark lichtbrechender Kugeln, die R. und T. als „fluid spherocrystals" bezeichnen und die das Vermögen, die Ebene des polarisirten Lichtes nach links zu drehen, in ganz besonders hohem Maasse besitzen. Für letztgenanntes Phänomen schlagen R. und T. den Namen „Spherorotation" vor.

Uebrigens gelang es auch, aus der Rindensubstanz der Nebenniere eine phosphorhaltige ($P = 3.4\%$) Substanz zu isoliren, die in der genannten Beziehung dem Protagon aus Nervensubstanz durchaus gleicht. Dittler (Leipzig).

II. Anatomie und Physiologie.

782. **Zur Physiologie und Pathologie des Flimmerepithels der Athmungsorgane;** von Prof. Felix Lommel. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 365. 1908.)

Nach L.'s Untersuchungen stellt die Flimmerbewegung der Epithelien nicht etwa ein nebensächliches, sondern weitaus das wichtigste Mittel zur Reinhaltung der Luftwege dar und es ist wohl angezeigt, ihm etwas mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

L. fand, dass die Flimmerthätigkeit bei der Inhalationsnarkose durch Chloroform oder Aether nicht gestört wird, dass sie bei akuten Entzündungen eher gesteigert, bei chronischen destruirenden Entzündungen oft schwer geschädigt wird. Kälteeinwirkung, Röntgenbestrahlung, Vagusdurchschneidung hatten keinen deutlichen Einfluss. Von Giften erwiesen sich Morphium und Jod als unschädlich, während Alkohol die Flimmerbewegung in ganz erheblichem Maasse schädigte. Dippe.

783. **Bindegewebe im Tracheaepithel vom Meerschweinchen;** von W. Rupprecht. (Internat. Mon.-Schr. f. Anat. Physiol. XXIV. 4 u. 6. p. 253. 1907.)

Das Gewebe der Propria der Trachealschleimhaut vom Meerschweinchen ist ein adenoides. Die Propria enthält aber hier entschieden mehr collagene und elastische Fasern, wie das adenoide Gewebe der Lymphknoten und der Propria des Darmes. Man könnte daher dieses Gewebe als ein adenofibrilläres Gewebe bezeichnen.

G. F. Nicolai (Berlin).

784. **Ueber die Zwischenzellen des Hodens;** von Dr. K. Kusai. (Virchow's Arch. CXCIV. 1. p. 1. 1908.)

Ueber die Bedeutung dieser zuerst von Leydig beschriebenen Zellen ist man sich noch nicht klar. K. fand: dass sie bei menschlichen Föten aus dem 4. bis 5. Monate am stärksten entwickelt sind und dann etwas zurückgehen, mit der Pubertät bedeutend vermehrt sind und auch im Alter eine Zunahme zeigen; dass sie sich bei manchen chronischen Allgemeinerkrankungen auffallend vermehren. K. ist geneigt, den Zellen eine Bedeutung für die Thätigkeit des Hodens, wahrscheinlich in Form einer inneren Sekretion zuzuschreiben. Dippe.

785. **Zur Physiologie der Tunica dartos;** von Dr. S. Lieben. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 336. 1908.)

L. hat die Bewegungen der Tunica dartos bei Menschen und Thieren eingehend verfolgt und dabei festgestellt, dass sie sowohl scheinbar spontan, als auf direkte und reflektorische Reizung hin auftreten können. Die Tunica dartos wird vom Sympathicus innervirt, und zwar bezieht jede Scrotalhälfte ihre Nerven streng aus dem gleichseitigen Bauchstrange. Die Uebertragung der Erregung von einer gereizten Seite auf die andere nichtgereizte, die beim Menschen regelmässig zu beobachten war, dürfte also nicht durch Nerven, sondern höchstwahrscheinlich durch Muskelfasern erfolgen.

Von praktischer Wichtigkeit ist die Thatsache, dass die Tunica dartos dem Entstehen von Varicocelen, Hydrocelen und Scrotalhernien entgegen zu wirken vermag. Dittler (Leipzig).

786. **Beitrag zum Studium des Elacins;** von Dr. Carl Rodler. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 1. p. 35. 1908.)

R. hat die Färbemethoden für Elacin durchgeprüft, worüber Näheres im Original nachgelesen werden muss. Er fand Elacin auch in den Gefässwandungen und ist der Meinung, dass sowohl dort wie in der Haut die Degeneration des Elastins zu Elacin zu einem Theil auf die toxischen und autotoxischen Einwirkungen zurückzuführen ist, die im Laufe des Lebens auf die Haut wie auf die Gefässe einwirken. Brauns (Dessau).

787. **Ueber die Analogie zwischen der Wasserabsorption durch Fibrin und durch den Muskel;** von Martin H. Fischer. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 1 u. 2. p. 69. 1908.)

Es wird von F. der experimentelle Nachweis erbracht, dass sich Fibrin und Muskel bezüglich ihrer Wasseraufnahme und ihrer Wasserabgabe gegenüber den verschiedensten Lösungen durchaus gleich verhalten. Beide quellen in der Lösung irgend einer Säure mehr als in destillirtem Wasser, doch ist der Grad der Quellung in den verschiedenen Säuren wieder ein verschiedener. Durch Zusatz irgend eines Salzes zu der reinen Säurelösung wird der Betrag des vom Fibrin und Muskel absorbirten Wassers *vermindert*. Je *höher* der Procentsatz des Salzes in der Säurelösung, desto *weniger* quellen beide in der Lösung. Chemisch äquivalente Mengen der verschiedenen Salze bringen nicht die gleiche Wirkung hervor. Die Wirkung eines Salzes ist nach F.'s Meinung also durch die Summe der Wirkung seiner Ionen bestimmt, die in bestimmte, feststehende Reihen von Anionen und Kationen sich einordnen lassen.

Ist Fibrin in einer reinen Säurelösung (von für diesen Zweck günstigster Concentration) ad maximum aufgequellen, so quillt es *noch mehr*, wenn destillirtes Wasser für die Säure substituirt wird. Dasselbe gilt für den Muskel. Für beide stellen auch die Wasseraufnahme und die Wasserabgabe (natürlich innerhalb endlicher Grenzen!) einen reversibeln Process dar. Dabei ist es gleichgültig, ob es sich um Lösungen von Elektrolyten oder von Nichtelektrolyten handelt, die auf Muskel oder Fibrin einwirken. Dittler (Leipzig).

788. **Beiträge zur Lymphogenese.** *V. Ueber die physico-chemischen Eigenschaften der postmortalen Lymphe;* von G. Japelli und G. d'Errico. (Ztschr. f. Biol. L. 1. p. 1. 1907.)

J. u. d'E. untersuchten die einige Zeit nach dem Tode des Versuchsthieres (Hund) aus dem Ductus thoracicus ausströmende Lymphe auf Gefrierpunktserniedrigung, Leitfähigkeit und Viscosität. Es ergab sich, dass der osmotische Druck in der postmortalen Lymphe gegenüber der Norm erhöht, ja höher war als der des normalen Blutes. Dagegen geben J. u. d'E. an, dass die elektrische Leitfähigkeit der postmortalen Lymphe herabgesetzt gewesen sei. Die Viscosität zeigte hingegen wiederum eine Steigerung, desgleichen die Menge der geformten Bestandtheile in der postmortalen Lymphe.

Die Frage, ob die postmortale Lymphe eine noch zu Lebzeiten des Versuchsthieres gebildete, aber erst nach dem Tode mechanisch ausgetriebene sei oder ob sie nach dem Tode erst neugebildet werde, glauben J. u. d'E. nach ihren Ergebnissen, speciell wegen des Unterschiedes im osmotischen Druck, dahin beantworten zu müssen, dass die postmortale Lymphe erst post mortem gebildet werde. Als die wichtigsten Faktoren bei der Bildung sprechen sie dieselben an, die (ausser der Zellenthätigkeit) auch für die Bildung der Lymphe im Leben verantwortlich gemacht werden, nämlich

Vorgänge der Filtration, der Diffusion und der Osmose. Die Zellenthätigkeit kommt nach der Ansicht J.'s u. d'E.'s nur noch insofern in Betracht, als sie den intracellulären osmotischen Druck auf seiner bestimmten Höhe hält.

Dittler (Leipzig).

789. **Ueber die ontogenetische Entwickelung der chronotropen Vaguswirkung;** von Dr. Edward Babák und B. Bouček. (Centr.-Bl. f. Physiol. XXI. 16. 1907.)

Die Frosch*larven* weisen eine ausgesprochen niedrigere Entwickelung der negativen chronotropen Vaguswirkung auf das Herz auf, als die metamorphosirten und ausgewachsenen Thiere. Bei ganz jungen Larven ist von einer Vaguswirkung noch überhaupt nichts zu constatiren. Im Laufe der weiteren Entwickelung der Larven stellt sich dann zunächst die Vaguswirkung bei *direkter* Reizung des Vaguscentrums, erst später stellen sich auch die *Reflexe* auf den Vagus ein.

Der Vagustonus kommt im Allgemeinen bei Rana esculenta bedeutend früher zur Entwickelung als bei Rana fusca.

B. u. B. weisen darauf hin, dass gewisse Fischarten, z. B. die Marsipobranchien (Cyklostomen), bezüglich der Entwickelung der Herzinnervation dauernd auf dem an Frosch*larven* gefundenen Entwickelungsgrad stehen bleiben, und erblicken darin „ein schönes *phylo*genetisches Gegenstück" zu der von ihnen sichergestellten *onto*genetischen Entwickelung der Herzinnervation beim Frosche.

Dittler (Leipzig).

790. **Beiträge zur Kenntniss der granulirten Leukocyten;** von Franz Weidenreich. (Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwickelungsgesch. LXXII. 1. p. 209. 1908.)

W. hält die gewaltige Menge Arbeit, die seit den klassischen Untersuchungen der weissen Blutkörperchen, namentlich von klinischer Seite und aus klinischem Interesse an das Studium dieser Zellenelemente gewendet wurde, deshalb für theilweise überflüssig, weil das Hauptinteresse dabei auf die Granulationen gerichtet wurde, deren specifischem und chemischem Charakter man ja bekanntlich einen Werth für die Beurtheilung der Leukocyten zusprach. Dadurch sei die reine Morphologie zu sehr vernachlässigt worden, woran zum Theil neben der allzu einseitigen Forschungsrichtung auch die Methodik schuld sei, die fast nur nach der färbetechnischen Seite hin ausgebaut worden sei. Er hat deshalb im Anschluss an Deetjen eine Methode erdacht, die nicht nur die Zellenelemente in der Bewegung fixirt, sondern auch Protoplasma, Centralkörper, Granulationen und Kern darstellbar macht.

Mit Hülfe dieser Methode hat er vor Allem die Kernformen des strömenden Blutes unter normalen Bedingungen, sowie im leukämischen überlebenden und extravasirten Blute untersucht. Auch die degenerirenden Leukocyten der Blutorgane werden beschrieben. In Bezug auf das Protoplasma und die Granulationen giebt W. an, dass die letzteren nicht, wie Ehrlich will, mehr oder weniger normale Sekrete der Zellen sind, sondern dass es sich dabei um Degenerationsprodukte handelt. Auf Grund seiner Untersuchungen, die an Menschen, Katzen, Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten und Fröschen angestellt sind, kommt er zu dem Schluss, dass die Lymphocyten undifferencirte Zellenformen seien, die sich nach der Richtung der granulirten Elemente entwickeln könnten. In Sonderheit sieht er die Mastleukocyten vom menschlichen Typus als Degenerationsformen an. Aber auch für die Speichelkörperchen, sowie für manche grob granulirten Leukocyten hält er diese Ansicht für erwiesen.

G. F. Nicolai (Berlin).

791. **Zur Bedeutung des Antitrypsins im Blute;** von Dr. v. Bergmann und Dr. Bamberg. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 30. 1908.)

Das Serum enthält antitryptische Stoffe. v. B. u. B. stellten fest, dass die antitryptische Kraft des Blutes durch die Beibringung von Trypsin (vom Peritonaeum oder vom Unterhautzellengewebe her) gesteigert werden kann.

Dippe.

792. **Ueber die Strömung des Blutes in dem Gebiete der Pfortader;** von R. Burton-Opitz. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 9 u. 10. p. 469. 1908.)

Die normale Strömungsgeschwindigkeit des Blutes im Gebiet der Vena mesenterica beträgt bei hungernden, bez. nüchternen Hunden im Durchschnitt etwa 83.6 mm-Sekunden. Der ruhende Darm wäre demnach bezüglich seiner Durchblutung wesentlich schlechter gestellt als etwa das Gehirn, die Niere und die Schilddrüse, dagegen besser als der Skelettmuskel. Bei einer Reihe äusserer Einwirkungen (Steigerung des Druckes in den Gallengängen, Steigerung des Druckes im Magendarmkanal, Begiessung des Darmes mit warmem und kaltem Wasser, Durchschneidung der Nervi splanchnici und vagi, sowie deren Reizung) hat B.-O. immer eine Herabsetzung der Strömungsgeschwindigkeit des Darmblutes gefunden, die mit grösserer oder geringerer Steigerung des herrschenden Druckes einherging. Dieses Ergebniss kann gewissermaassen befremden. Man muss aber bedenken, dass die genannten Eingriffe zum Theil wesentlichen Einfluss auf andere Körperfunktionen, speciell den allgemeinen Blutdruck haben, die dann sekundär wieder die Strömungsgeschwindigkeit im Gebiete der Pfortader beeinflussen. Dittler (Leipzig).

793. **Contributions à l'étude de l'indépendance vasculaire du foie droit et du foie gauche.** *Existe-t-il ou non un double courant sanguin dans la veine porte?* par Dr. Jules Looten. (Journ. de l'Anat. et de Physiol. XLIV. 2. Mars et Avril 1908.)

Ebenso wie die Embryologie und die vergleichende Anatomie uns zeigen, dass die menschliche Leber nicht als eine einzige Masse, sondern als aus zwei völlig getrennten Lappen zusammengesetzt zu betrachten ist, so ergaben die Versuche auch eine völlige Unabhängigkeit des rechten und des linken Lappens, sowohl in Bezug auf die Gallengänge, als auch auf die Versorgung mit arteriellem und mit Portalvenenblut. Es giebt keine direkte Verbindung zwischen den entsprechenden rechten und linken Gebieten eines der genannten Systeme. Die Trennungslinie der beiden Lappen verläuft in der Linie, die von der Gallenblase bis zur Einmündungsstelle der Lebervenen in die Vena cava geht. G. F. Nicolai (Berlin).

794. **Bemerkungen zu den Anschauungen Pütters über den Gehalt des Meeres an gelösten organischen Kohlenstoffverbindungen und deren Bedeutung für den Stoffhaushalt des Meeres;** von M. Henze. (Arch. f. Physiol. CXXIII. 9 u. 10. p. 487. 1908.)

Pütter (Ztschr. f. allgem. Physiol. VII.) hat vor nicht langer Zeit die Vermuthung ausgesprochen, es sei sehr wahrscheinlich, dass gewisse niedere marine Thiere ihren Kohlenstoffbedarf ausschliesslich durch Osmose unmittelbar aus dem Meerwasser in sich aufnähmen. Er gründete diese Ansicht einzig und allein auf die Beobachtung, „dass das Meer einen gewaltigen Reichthum an gelösten organischen Kohlenstoffverbindungen enthalte".

Da diese Anschauung, wenn sie richtig wäre, schon deshalb überaus interessant wäre, weil sie allen bisherigen Vorstellungen über den Stoffwechsel der niederen Seethiere widerspricht, so hat sie H. in der Weise auf die Stichhaltigkeit geprüft, dass er Analysen des Meerwassers vornahm. Dabei gelangte er zu dem Resultat, dass das Meerwasser kaum den 20. Theil der Menge gelöster organischer Kohlenstoffverbindungen enthält, die Pütter seinen Erwägungen zu Grunde legte.

Dittler (Leipzig.

795. **Zur Mechanik der Eiablage bei Rana fusca und Rana esculenta;** von M. Nussbaum. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 1 u. 2. p. 100. 1908.)

Bei Rana esculenta kommt es vor, dass die Eier bei Eintritt irgendwelcher brunsthindernder Momente den Eierstock überhaupt nicht verlassen. Sie werden alsdann, ohne dass das betreffende Thier Schaden davon hat, wie dieses auch von nicht ausgestossenen Spermatozoën bekannt ist, einfach resorbirt. Die Rana fusca dagegen entleert trotz ungünstigen Ablaufes der Laichperiode die Eier in den Uterus. Für gewöhnlich werden sie von da aus sogar in's Freie abgesetzt. Unterbleibt dieses jedoch (was *sehr* häufig der Fall ist), so gelangen die Eier mit ihren Gallerthüllen, die sie auf dem Wege in den Uterus bekommen haben, wieder in die Bauchhöhle, verquellen dort und tödten durch Behinderung des Kreislaufes das Thier. Es kommt aber auch vor, dass bei Unterbrechung des Laichgeschäftes eine schwere Lähmung der Kloaken und der Uterusmuskulatur eintritt, so dass Wasser durch den After in den Uterus zu den hier gelegenen Eiern gelangt und die Eigallerten zum Quellen und den Uterus, ja selbst die Bauchmuskeln zum Platzen bringt.

Wichtiger als diese bei Fröschen vorkommenden Verschiedenheiten in der Eiablage mit ihren Folgen ist das allgemeine Ergebniss, dass die für eine Brunstperiode fertiggestellten Geschlechtsstoffe, sowohl Eier als Samenfäden, in keinem Falle die Brunstzeit überdauern, indem sie etwa in einer folgenden Periode zur Verwendung kämen. Sie werden vielmehr entweder entleert und im günstigen Falle tritt Befruchtung ein, oder sie verfallen in den Geschlechtsdrüsen selbst der Resorption. Die Neubildung geht stets von jungen Keimen aus.

Dittler (Leipzig).

796. **Ueber die Funktion der Placenta;** von Peter Borgell und Edmund Falk. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 43. 1908.)

B. u. F. zählen die Placenta zu den Stoffwechselorganen, da sie den Stoffumsatz des Foetus beherrscht und regelt. „Wir möchten sie nicht einfach als Verdauungsorgan bezeichnen, denn es ist sehr wohl möglich, dass die Verdauung hier nicht ein in der Weise energischer hydrolytischer Abbau ist, wie beim Erwachsenen. Wir möchten sie auch nicht als Assimilationsorgan bezeichnen, denn für die Assimilation können auch im intrauterinen Leben schon die Organe des Foetus selbst eine Rolle spielen. Dass aber die Placenta für den Stoffumsatz des Foetus wichtig ist, darauf weist die biochemische Analytik, die Prüfung auf Fermentgehalt, hin. Die Placenta braucht nicht eine analoge Arbeit zu leisten wie der Intestinaltractus und die Drüsen, die die ausschliessliche Aufgabe haben, ihr Sekret diesem Tractus zuzuführen. Sie wird aber zweifellos eine der Leberfunktion analoge Arbeit vorrichten. Wir werden aber überhaupt nur unzureichend derartige generelle Vergleiche ziehen können. Vielleicht können diese Vergleiche wesentlich klarer worden, wenn wir das letzte intrauterine mit dem ersten extrauterinen Leben vergleichen. Wir können uns vorstellen, dass einer so synthetischen Arbeit, wie sie die weibliche Brustdrüse mit ihrer Milchzuckersynthese, ihrer Laktoalbuminsynthese (die in der beim Kochen coagulirenden Colostralmilch am gewaltigsten hervortritt) leistet, auch eine specielle synthetische oder stoffumlagernde Arbeit im intrauterinen Leben entspräche, und diese wäre unbedingt in die Placenta zu verlegen." Dippe.

797. **Ueber das Bindegewebe der weiblichen Geschlechtsorgane.** *III. Die Bindegewebsfasern in der Schleimhaut des Uterus. IV. Die Bindegewebsfasern in der Schleimhaut der Scheide (und des Scheidentheils);* von Dr. Karl Hörmann. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. p. 404. 1908.)

Digitized by Google

„1) Die Gebärmutterschleimhaut enthält ein ausserordentlich reiches fibrilläres Fasergerüst, das sich mit der Bielschowsky'schen Silberimprägnation sowohl am fötalen, wie am kindlichen und geschlechtsreifen Uterus nachweisen lässt. 2) Die Fasern dieses Gerüstes liegen rein intercellulär, d. h. sie hängen nirgends mit Zellen irgend welcher Art direkt zusammen. Sie bilden Netze, in deren Maschen die Stromazellen liegen, umstricken diese von allen Seiten. 3) Das Fasergerüst setzt sich also aus exoplastischen Fibrillen zusammen, und zwar sind diese aus dem Ergebnisse von Controlfärbungen collagener Natur. 4) Streng zu unterscheiden von diesem collagenen Netze ist ein daneben in der Uterusschleimhaut vorkommendes celluläres Netz, das durch anastomosirende Protoplasmaausläufer benachbarter Zellen gebildet wird. Beide Netze sind völlig unabhängig von einander. 5) Das intercelluläre collagene Stützfasergerüst ist am zartesten und dichtesten in der fötalen und kindlichen Uterusschleimhaut, im geschlechtsreifen Organ wird es loser und weitmaschiger, während gleichzeitig die Dicke der Fasern zunimmt. 6) Unter dem Oberflächen- und Drüsenepithel der Uterus-körper- und Cervixschleimhaut erfährt das collagene Fasergerüst eine membranartige Verdichtung zu einer innig verfilzten „Grenzfaserschicht", welche identisch ist mit der Basalmembran (Membrana propria) der Autoren. Diese ist demnach kein strukturloses, homogenes Gebilde, sondern löst sich bei geeigneter Methodik in feinste Fasern auf. 7) Die Schleimhaut der Cervix ist in keinem Entwickelungsstadium wesentlich faserreicher als die des Körpers. 8) Auch in der Decidua graviditatis lässt sich zwischen den Zellen der Compacta ein zartes collagenes Fasergerüst darstellen, in dessen geräumigen Maschen die grossen Deciduazellen liegen. 9) Die Schleimhaut der Scheide (und des Scheidentheils) geschlechtsreifer Individuen lässt nach dem verschiedenen Bau des Stützfasergerüstes deutlich zwei Zonen unterscheiden, eine schmale Tunica propria mit feiner netzförmiger Fasernanordnung und ein breites Stratum submucosum mit paralleler grober Faserung." R. Klien (Leipzig).

798. **Studien über den feineren Bau des secernirenden Uterus- und Tubenepitheis;** von Dr. Ernst Holzbach in Tübingen. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 285. 1908.)

Nachdem H. bereits früher den Nachweis erbracht hat, dass das Epithel sowohl des Uterus, als auch der Tuben eine sekretorische Thätigkeit ausübt, hat er jetzt die Einzelheiten dieser Sekretionsvorgänge zum Gegenstande seiner Untersuchungen gemacht. Mittels einer von ihm modificirten Altmann-Galeotti'schen Färbemethode gelang es, das geformte, granuläre Sekretionsmaterial in den Zellen nachzuweisen. Benutzt wurden Kaninchen und Ratten, die zum Theil mit Pilocarpin vergiftet worden waren, um die sekretorischen Erscheinungen verstärkt zum Ausdrucke zu bringen. Durch vergleichende Untersuchungen an der Darmschleimhaut ergab es sich, dass das Sekret kein echtes Mucin ist. Der Zellenkern spielt bei dem ganzen Vorgange die wichtigste Rolle, erschöpft sich aber nicht, sondern erholt sich wieder. Die Menge der Sekretionszellen, der sogen. Stiftchenzellen, ist zur Zeit der Brunst und wahrscheinlich auch in der Schwangerschaft vermehrt, so dass H. annimmt, dass das Produkt dieser Sekretion für das durchwandernde oder sich einnistende Ei von specifischer Bedeutung ist. R. Klien (Leipzig).

799. **Ueber Altersveränderungen des Uterus;** von Dr. Ogata in Freiburg i. Br. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 228. 1908.)

1) Die Myofibrillen: O. hat 40 Uteri der verschiedensten Altersstufen, vom 8.5 cm langen Foetus an bis zur 80jähr. Greisin, auch schwangere und puerperale Uteri histologisch untersucht, meist mit der Mallory'schen und dieser ähnlichen Methoden. Er kommt zu dem Resultate, dass die muskulöse Uteruswand, abgesehen von den Nerven und Gefässen, aus zwei genetisch von einander unabhängigen Elementen, den Muskelfasern einerseits, dem Stützgerüst andererseits, aufgebaut ist. Das Stützgerüst ist ausschliesslich ein Produkt fibroblastischer Elemente. An seiner Herstellung nehmen die Muskelfasern keinen Theil. Auch unter pathologischen Verhältnissen (Myombildung) wird das wahrscheinlich so sein. Die Differenzirung der Myofibrillen tritt erst in der Pubertätsperiode ein und erreicht in dem geschlechtsreifen Körper den Höhepunkt der Entwickelung.

2) Der Isthmus im Greisenalter: O. führt den Nachweis, dass auch am senilen Uterus der Isthmus (Aschoff) eine Sonderstellung einnimmt. Schon makroskopisch tritt an durch pathologische Veränderungen nicht complicirten senilen Uteris der Isthmus in sehr deutlicher Weise hervor: seine Schleimhaut ist blass und glatt, die des Corpus leuchtend roth. Der Isthmus ist auffallend eng, lang, offenbar verkürzt er sich im Greisenalter relativ weniger als Corpus und Cervix. Dagegen fällt seine Schleimhaut früh der Atrophie anheim, wie O. auch mikroskopisch nachweisen konnte (Atresien!). R. Klien (Leipzig).

800. **Ueber wahres und scheinbares Zwitterthum.** *Kritische Erörterungen im Anschluss an F. L. v. Neugebauer's „Hermaphroditismus beim Menschen";* von Heinrich Bayer. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 180. 1908.)

B. betont, dass wahres und scheinbares Zwitterthum scharf auseinander zu halten seien, beide trenne eine unüberbrückbare Kluft. Das Eine sei nicht etwa blos der höhere Grad des Anderen. Der Hermaphroditismus verus sei eine Anomalie der Geschlechtsdetermination, nach B.'s specieller Hypo-

Digitized by Google

these eine Anomalie des Entwickelungsrhythmus in der Keimbahn des befruchteten Eies, darum eine primäre und allgemeine Andersbildung. Der Pseudohermaphroditismus dagegen beruhe auf einer fehlerhaften Anlage und Ausbildung der Geschlechtscharaktere, d. h. auf einer abnormen Mischung der Vererbungssubstanzen und auf dem Eingreifen abnormer innerer oder äusserer Einflüsse in den Entwickelungsgang des Embryo. Hermaphroditismus verus kommt nach B. beim Menschen nicht vor, rudimentäres Zwitterthum in der Form des Pseudohermaphroditismus biglandularis nur in äusserst seltenen Fällen. v. Neugebauer habe also eigentlich kein Buch über „Hermaphroditismus", sondern eines über „Pseudohermaphroditismus beim Menschen" geschrieben. R. Klion (Leipzig).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

801. **Ueber Cytotoxine;** von Paul Fleischmann und Hoinrich Davidsohn. (Folia serologica I. 3. 1908.)

Fl. u. D. sprechen die umfangreiche Literatur durch, berichten über eigene Versuche und kommen zur Aufstellung folgender allgemeinen Regeln: „Organzellon erzeugen, in den Thierkörper injicirt, Organzellenantikörper nicht organspecifischer und nicht streng artspecifischer Natur, aber keine Serumantikörper (Präcipitine). Serum erzeugt, in den Thierkörper injicirt, Serumantikörper strenger Artspecifität und in geringem Maasse auch Organzellenantikörper." Dippe.

802. **Studien über Anaphylaxie;** von Dr. E. P. Pick und Dr. T. Gamanouchi. (Wien. klin. Wchnschr. XXI. 44. 1908.)

Kann durch artgleiches, nur durch den Immunisirungsprocess verändertes Eiweiss Anaphylaxie hervorgerufen werden? Ja! Das gelingt und es liegt darin der Beweis dafür, dass das durch den Vorgang der Immunisirung veränderte körpereigene Serumeiweiss sich dem normalen Thiere gegenüber wie ein neues, selbständiges fremdartiges Eiweiss verhält. Dippe.

803. **Ueber Trypanosomentoxine und trypanotoxische Keratitis parenchymatosa;** von Dr. A. Leber. (Deutsche med. Wchnschr. XXXfV. 43. 1908.)

L. glaubt sicher annehmen zu dürfen, dass die Trypanosomoninfektion in dem angegriffenen Körper zur Bildung eines besonderen Toxins führt, das sich am besten durch seine eigenthümliche entzündungserregende Einwirkung auf die Hornhaut (Kaninchen) kundgiebt. „Da das Blut von naganakranken Mäusen, die mit Spirarsyl geheilt wurden, stärker toxisch wirkt, als reine, auf verschiedene Weise gewonnene Trypanosomenextrakte, ist es wahrscheinlich, dass es sich dabei um toxische Stoffwechselprodukte handelt, die in das Blut übergehen und an den Trypanosomenleibern selbst in geringerer Menge haften bleiben." Dippe.

804. **Versuche über die Entstehung des Sepsins;** von W. Fornet und W. Heubner. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. 1908. Festschr. f. Schmiedeberg p. 176.)

F. u. W. gewannen aus faulender Presshefe einen Bacillus, dessen Reincultureu auf Hefe, Bouillon und Agar-Agar Sepsin erzeugen: „Bacterium sepsinogenes". „Es wäre damit zum ersten Male der Fall gegeben, wo ein bestimmter Mikroorganismus aus ungiftigem Material ein chemisch gut definirtes, stark wirksames Gift bildet."
Dippe.

805. **Ueber die Bedeutung der Peptone für die Bildung des Diphtherietoxins;** von O. Hida. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 273. 1908.)

Man weiss, dass das Pepton im Nährboden für die Bildung des Diphtherietoxins von grosser Bedeutung ist, die Ansichten gehen aber noch darüber auseinander, welcher Bestandtheil des Peptons dabei hauptsächlich in Betracht kommt. Nach H.'s Untersuchungen ist die Deuteroalbumose das Wichtigste, Heteroalbumose, Protalbumose und Amphopepton sind von sehr viel geringerer Wirkung. Dippe.

806. **Etude de quelques modes de neutralisation des toxines bactériennes;** par A. Marie et M. Tiffeneau. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 4. p. 289. 1908.)

Aus ihren Untersuchungen schliessen M. u. T., dass die neutralisirende Wirkung der Gehirnsubstanz auf das Tetanotoxin, sowohl in vivo, als in vitro, auf der Wirkung der albuminoiden Bestandtheile unter Ausschluss der übrigen Componenten beruht. Walz (Stuttgart).

807. **Etude expérimentale sur le sort de la toxine tétanique dans le tube digestif;** par H. Vincent. (Ann. de l'Inst. Pasteur XXIf. 4. p. 341. 1908.)

Tetanusgift ist, per os den Versuchsthieren einverleibt, bekanntlich ganz unschädlich, und zwar, wie V. zeigt, weil es sofort seine Aktivität verliert, wenn es in Berührung mit den Sekreten des Magens, der Leber, des Darmes und Pankreas kommt. Es handelt sich hierbei um eine wichtige Schutzeinrichtung gegenüber gewissen Giften.
Walz (Stuttgart).

808. **Ueber die Latenz der Tetanussporen im thierischen Organismus;** von M. Canfora. (Contr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 6. p. 495. 1907.)

Aus dem Blute und den Organen an Tetanus verendeter Thiere lassen sich Tetanusculturen erhalten; die Bacillen beschränken sich also nicht auf die Eingangs-

Digitized by Google

pforte. Vorimpft man nach Erhitzen auf 70—75° nur sporenhaltige Culturen subcutan, so finden sich Sporen in den ersten 10—13 Tagen im Kreislaufe, später bleiben sie latent einige Monate, dann verschwinden sie. In den ersten Tagen nach der Impfung genügt die kleinste Wunde oder ein kleines Blutgerinnsel, um Tetanus hervorzurufen.
Walz (Stuttgart).

809. **Schizogenie der Makrogameten**; von M. Blüml und G. F. Metz. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 8. p. 249. 1908.)

Anstatt die Geschlechtsformen als die „Anpassungs"-formen, zugehörig zu den Schizonten, den Repräsentanten der reinen Sorte Plamodium vivax im menschlichen Körper anzusehen, sind Bl. u. M. geneigt, die Geschlechtsformen als die Repräsentanten der Sorte aufzufassen, während die Schizonten Anpassungsformen sind, nöthig und nützlich, um durch ihre pathologischen Eigenschaften den Körper des neuen, jetzt menschlichen Wirthes so stark zu schwächen, dass er eine gute Brutstätte für die Geschlechtsform abgiebt. Walz (Stuttgart).

810. **Bemerkungen zu der Frage, ob Bacillus anthracis Geisseln bildet und Hüllen hat**; von A. Hinterberger. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLV. 2. p. 108. 1907.)

H. erklärt gegenüber früheren Angaben die scheinbaren Geisseln der Milzbrandbacillen durch die mehrfachen Conturen der Hüllen, die bei der Ablösung Geisseln vortäuschen können. Walz (Stuttgart).

811. **Ueber die Ursache der Hauterkrankung bei Anwendung von Dauerbädern**; von Dr. Küster. (Arch. f. Hyg. LXII. 4. p. 365. 1908.)

Die Ursache des Badeekzems, einer Trichophytie, ist ein zur Gruppe der Ascomyceten gehöriger Pilz, der sich in Formalinwasserculturen reinzüchten lässt. Er ist besonders für Kaninchen, auch Meerschweinchen, Ratten, Mäuse und Frösche, pathogen. Walz (Stuttgart).

812. **Ueber die Resistenz von Bakterien gegenüber dem Trocknen**; von M. Ficker. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LIX. p. 367. 1908.)

Beim Trocknen in destillirtem Wasser können Choleravibrionen schon in wenigen Minuten zu Grunde gehen, beim Antrocknen in Bouillon können sie sich 700mal, beim Antrocknen in Milch mindestens 1300mal so lange erhalten. Die Schnelligkeit des Absterbens beim Trocknen wird auch davon beeinflusst, ob die Vibrionen in der Flüssigkeit, in der sie antrocknen, zur Entwickelung gebracht waren, oder in einem anderen Nährmedium, ferner von der Züchtungstemperatur.
Woltemas (Solingen).

813. **Ueber die durch bestimmte anorganische Salze verursachten Degenerationsformen bestimmter Bakterienarten**; von G. Hata. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVI. 4. p. 289. 1908.)

H. fand eine elektive Beziehung des Dysenteriebacillus zu Chlorcalcium und des Pestbacillus zu Chlormagnesium. Ersterer bildet auf 4% $CaCl_2$-Agar immer charakteristische Spindel- oder Kugelformen, letzterer bildet auf 4% $MgCl_2$-Agar Degenerationsformen, Zerfall in metachromatische Körnchen. Besonders die Degenerationsformen des Dysenteriebacillus auf $CaCl_2$-Agar sind viel charakteristischer als auf Kochsalz-Agar.
Walz (Stuttgart).

814. **Ueber Beziehungen der Staphylokokken und Streptokokken zu den Gallenwegen**; von Dr. Josef Koch. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 335. 1908.)

Spritzt man *Staphylokokken* in das Blut, so werden sie fast immer zum Theil durch die Leber in die Galle ausgeschieden, gelangen in die Gallenblase, wachsen und vermehren sich dort gewaltig, bewirken Nekrose und Abstossung des Epithels, machen die ganze Blasenwand krank und bewirken wahrscheinlich auch besondere chemische und biologische Umänderungen der Galle.

Mit *Streptokokken* lässt sich etwas Aehnliches auf dem Blutwege nicht erzeugen. Diese gelangen wahrscheinlich nur durch die Lymphbahnen in die Gallenblase. Dort wirken sie dann ähnlich wie die Staphylokokken. Bekannt ist, dass auch die Typhus- und Paratyphusinfektion der Gallenblase auf dem Blutwege erfolgt.
Dippe.

815. **Etiology of cholelithiasis; bacteriological study of 102 calculi**; by Dr. John Funke. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. XI. 1. p. 17. 1908.)

F. prüfte 102 Gallensteine bakteriologisch: 31 ergaben eine Infektion der Bouillon, 71 waren steril. Es fanden sich 11mal Bact. coli, 1mal der Typhusbacillus, 1mal Bact. subtilis, 1mal der Friedländer'sche Bacillus u. s. w. Die Anwesenheit von Bakterien in den Steinen ist kein Beweis dafür, dass sie auch die Steinbildung veranlasst haben, wenn auch die Infektion der Galle neben dem verlangsamten Abfluss ein wichtiges Moment für die Entstehung von Conkrementen ist. Doch können auch Steine sekundär inficirt werden, wie einwandsfrei von anderen Autoren nachgewiesen ist.
Versé (Leipzig).

816. **Zur Pathogenese der Cholelithiasis**; von Dr. A. Exner und Dr. H. Heyrovsky. (Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 3. 1908.)

Die experimentellen Ergebnisse waren folgende: „1) Bakterien sind im Stande durch ihr Wachsthum sowohl glykochol- und taurocholsaures Natron, als auch das in der Galle enthaltene Gemenge der gallensauren Salze zu zersetzen. 2) Einzelne Bakterienarten zersetzen die gallensauren Salze besonders stark, und sind durch diese Eigenschaft besonders geeignet, bei ihrem Wachsthum in der Galle, den Anstoss zur Gallensteinbildung zu geben. 3) Auch in steril lange Zeit aufbewahrter Galle kommt es zur Zersetzung von gallensauren Salzen. 4) Durch die Zersetzung der gallensauren Salze

kommt es in der Galle zum Ausfalle des Cholestearins. 5) Die in der Galle enthaltenen Seifen und Fette spielen bei dem Ausfallen des Cholestearins keine Rolle. 6) Die bisher als Fettsäuren in der Galle bestimmten Körper enthalten nur zu einem geringen Theil wirkliche Fettsäuren. Der Gehalt der Galle an Fettsäuren ist in Wirklichkeit näherungsweise nur $^1/_{10}$ der bisher angenommenen Mengen. 7) Diese Thatsachen sind von ausschlaggebender Bedeutung für die Genese der Gallensteine, da sie zeigen, dass Cholestearin bei Bakterieninfektion der Gallenblase ausfallen muss, und so der Anstoss zur Bildung von Cholestearinsteinen gegeben wird." P. Wagner (Leipzig).

817. **Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Hyperthermie;** von Dr. Fr. Rolly und Dr. Meltzer. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 335. 1908.)

Welche Veränderungen ruft eine Temperatursteigerung im Körper hervor und welche Bedeutung hat sie Infektionen gegenüber? Diesen noch lange nicht geklärten Fragen sind R. u. M. zu Leibe gegangen und haben etwa Folgendes ermittelt: Es ist nicht anzunehmen, dass die Temperatursteigerung bei dem Fieber im Körper vorhandene pathogene Keime schädigt oder gar vernichtet, wohl aber darf man glauben, dass die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen die Keime durch die Temperatursteigerung vermehrt wird. Zum Theil beruht das vielleicht darauf, dass die Phagocytose seitens der Leukocyten (beim Menschen bis zu 40° C.) stärker ausgeübt wird. Der Alexingehalt des Blutes bleibt unverändert. Auf die bakteriellen Gifte hat die Temperatursteigerung keinen Einfluss, wohl aber begünstigt sie die Bildung der Antikörper; Agglutinine und Bakteriolysine sind vermehrt.

Die Temperatursteigerung unterstützt also den Körper in dem ihm aufgedrungenen Kampfe und sie thut das ohne den Körper irgendwie wesentlich zu schädigen. Dippe.

818. **Beiträge zur Methodik der Isolirung des Herz-Lungenkreislaufes und Untersuchungen über die Arbeit des Herzens bei Fiebertemperatur;** von Johannes Bock. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. (Suppl.-Bd. 1908. Festschr. f. Schmiedeberg p. 83.)

Die Arbeit des isolirten Herzens wird durch Fiebertemperaturen nicht wesentlich beeinflusst, der Blutdruck und die in der Minute hindurchströmende Blutmenge bleiben unverändert; bei Temperaturen zwischen 34 und 46° leistet das isolirte Herz bei gleichbleibendem Widerstande die gleiche Arbeit. Auffallend ist dabei nur die grosse Verschiedenheit im Pulsvolumen: bei 34° 0.55 bis 0.6, bei 45—46° 0.33 ccm. (Versuche an Kaninchen.) Geht die Temperatur unter 33° herunter, dann wird die Leistungsfähigkeit des Herzens erheblich herabgesetzt. Dippe.

819. **Ueber die Beeinflussung der Pleuraresorption durch lokale Wärmeeinwirkung;** von Dr. A. Bittorf und Dr. L. Steiner. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 379. 1908.)

Die Resorption von Seiten der gesunden Pleura wird durch örtliche Wärmeeinwirkung (elektrische Bestrahlung) wesentlich beschleunigt. Wie sich die kranke Pleura verhält, müssen weitere Versuche zeigen. Dippe.

820. **Experimenteller Beitrag zur Pathogenese der Ochronose;** von Dr. Oscar Gross und Dr. Eduard Allard. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 384. 1908.)

Das Zusammenvorkommen von Ochronose und Alkaptonurie liess auf besondere Beziehungen der Homogentisinsäure zu dem Knorpelgewebe schliessen. Gr. und A. legten Knorpel in Lösungen dieser Säure und beobachteten, wie der Knorpel sie aufnahm (was z. B. das Bindegewebe nicht thut), aus ihr farbige Abbauprodukte bildete und sich mit diesen genau so durchsetzte, wie es bei der Ochronose geschieht. Dippe.

821. **Ueber Strukturbesonderheiten der entzündlichen Neubildungen, welche durch Einführung von Bestandtheilen der Tuberkelbacillen entstanden sind;** von Dr. Th. Tschistowitsch. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XLII. 1. p. 163. 1907.)

Tsch. untersuchte die Reaktion des Körpers (Meerschweinchen) auf die Einführung von entfetteten Tuberkelbacillen und von sogen. Tuberkelbacillenwachs (d. h. dem die Tuberkelbacillen durchtränkenden Fettstoff). Während erstere restlos in Phagocyten verdaut wurden, so dass nach 14 Tagen nichts mehr von entzündlichen Processen zu bemerken war, gab das Wachs zur Bildung von aseptischen Abscessen Anlass, die nicht resorbirt werden konnten, sondern, von Fremdkörperriesenzellen umsäumt, eingekapselt wurden oder durchbrachen. Auf der Durchfettung des Bacillenleibes beruht also im Wesentlichen die grosse Widerstandskraft der Tuberkelbacillen gegen die reaktiven Einwirkungen des Körpers. Die Säurefestigkeit knüpft noch an andere Verbindungen des Bakterienleibes an. Versé (Leipzig).

822. **Läsionen der Nervenzellen, hervorgerufen durch experimentelle Aenderungen des osmotischen Druckes;** von Prof. M. G. Marinesen in Bukarest. (România med. XXI. p. 449. 1908.)

Die Nervenzelle zeigt in den verschiedenen Stadien ihrer Thätigkeit Volumenveränderungen, die von einem Wechsel im osmotischen Drucke abhängen. Die An- und Abschwellung der Zelle, ihre Atrophie u. A. sind Erscheinungen dieser Druckschwankungen. Um diese Erscheinungen näher zu studiren, hat M. durch Einspritzung verschieden concentrirter Kochsalzlösungen in Nervenganglien Veränderungen des osmotischen Druckes in

Digitized by Google

diesen hervorgerufen und gefunden, dass hypotonische Lösungen und destillirtes Wasser die Zellen anschwellen machen und die chromatophile Substanz auflösen. Je dünner die Lösung, desto deutlicher treten auch diese Veränderungen in die Erscheinung, um ihr Maximum bei Anwendung destillirten Wassers zu erreichen. Die Durchschneidung des Nerven in Verbindung mit den erwähnten Einspritzungen steigert die Wirkung. Durch die normale Zellenthätigkeit wird auch ein normaler osmotischer Druck unterhalten, sowie aber pathologische Einflüsse mit im Spiele sind, kommen auch in dieser Beziehung recht bedeutende Veränderungen zu Stande. E. Toff (Braila).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

823. **Die Bestimmung der respiratorischen Capacität kleiner Blutmengen**; von H. Dreser in Elberfeld. (Arch f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. 1908. Festschr. f. Schmiedeberg p. 138.)

Die Bestimmung beruht darauf, dass man den locker gebundenen Sauerstoff im Hämoglobin durch Kohlenoxyd verdrängt und ersetzt. Der fest gebundene Sauerstoff im Methämoglobin wird dabei nicht gestört, dieser lässt sich nur durch Stickoxyd verdrängen.

Dr. stellte mit dieser Methode die Einwirkung von m-Tolylhydrazin, Pyrodin (β-Acetylphenylhydrazin) und dem Semicarbacid des m-Tolylhydrazins fest und fand, dass die Semicarbacidsubstitution viel harmloser ist als die Acetylsubstitution wie sie im Acetanilid und Phenacetin vorliegt. Das Acetanilid wirkt in Folge seiner grösseren Löslichkeit noch stärker als das Phenacetin.

Sehr auffallend war es, wie schnell der Körper bei den Versuchen mit Acetanilid und Phenacetin den in der Form des Methämoglobins entwertheten Blutfarbstoff wieder physiologisch brauchbar machte, augenscheinlich auf dem Wege über das reducirte venöse Hämoglobin. Dass man durch Reduktionsmittel aus dem Methämoglobin wieder funktionstüchtigen Blutfarbstoff herstellen kann, ist durch Dr.'s Versuche erwiesen. Dippe.

824. **Ueber die Wirkung von atoxylsaurem Quecksilber bei Spirochaetenkrankheiten, insbesondere bei der experimentellen Syphilis**; von Prof. Uhlonhuth und Dr. Manteufel. (Med. Klinik IV. 43. 1908.)

Eine Verbindung von Atoxyl und Quecksilber, das Quecksilbersalz der p-Amidophenylarsinsäure. Vielleicht ist damit ein wirklicher Gewinn, im Besonderen für die Luesbehandlung, erreicht. U. und M. geben in vorläufiger Mittheilung Folgendes aus ihren Ergebnissen bekannt:

„1) Das atoxylsaure Quecksilber tödtet im Organismus die Hühnerspirochaeten in Dosen, die weit unter der toxischen liegen, bei einer *einmaligen Einspritzung* mit Sicherheit ab. Eine einmalige intramuskuläre Einspritzung gewährt auch einen sicheren Schutz gegenüber der nachträglichen Infektion mit Hühnerspirochaeten, auch wenn sie erst nach 1—2 Tagen erfolgt. Das Präparat ist also ein wirksames Schutz- und Heilmittel für die Hühnerspirillose.

Es ist in dieser Beziehung dem Atoxyl und Quecksilber allein bei Weitem überlegen.

2) Bei der Behandlung der *Kaninchensyphilis* hat sich das atoxylsaure Quecksilber allen anderen zur Controle herangezogenen Atoxyl- und Quecksilberpräparaten ebenfalls überlegen gezeigt. Eine einzige Einspritzung genügte in allen von uns geprüften Fällen, um eine schwere Hornhautsyphilis in 5—6 Tagen zum Schwinden zu bringen. Rezidive sind bisher nicht beobachtet.

3) Versuche bei der experimentellen Rekurrensinfektion der Ratten haben gezeigt, dass das Präparat auch auf diese Spirochaeten von Einfluss ist. Die geringe Resistenz der Ratten gegenüber diesem Präparat erschwert indess eine sichere Beurtheilung. Die Anwendung des Präparates bei Affen und beim Menschen wird über die Wirksamkeit dieses Präparates genaueren Aufschluss geben.

4) Auch bei Trypanosomeninfektionen (Dourine, Schlafkrankheit u. s. w.) zeigt das Präparat eine *günstige* Wirkung, jedoch will es uns scheinen, als ob durch Einführung des Hg in die Atoxylgruppe die *spirochätenvernichtende* Eigenschaft in ganz besonderem Maasse erhöht wird.

5) Im Reagenzglase unterscheidet sich das Präparat von Atoxyl wesentlich dadurch, dass es, obwohl es in Wasser kaum löslich ist, Trypanosomen und Spirochaeten energisch abtödtet."

Therapeutische Versuche an Menschen sind bereits im Gange. Dippe.

825. **Ueber das entgiftende Vermögen einzelner Gehirnabschnitte gegenüber dem Strychnin**; von Dr. Torata Sano. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 369. 1908.)

S. untersuchte das Entgiftungsvermögen einzelner Gehirnabschnitte gegenüber dem Strychnin in der Weise, dass er kleine Mengen menschlichen Gehirns mit einer sicher wirksamen Dosis Strychnin zerrieb und einige Stunden stehen liess. Es zeigte sich, dass motorische Rindentheile das Strychnin so gut wie vollständig zu entgiften vermögen, während Gehirnrinde der sensorischen (optischen und akustischen) Sphäre nur eine Abschwächung der Giftigkeit des Strychnins bewirken. Da sich die untersuchten Hirntheile hauptsächlich durch ihren Gehalt an grossen Ganglienzellen unterscheiden (die sensorischen Sphären zeigen gar keine Pyramidenzellen und sind überaus reich an Fasern), so neigt S. zu der Ansicht, dass das Entgiftungsvermögen den grossen Ganglienzellen zuzuschreiben sei. Nähere Angaben über die chemischen Eigenschaften des in Betracht kommenden Stoffes macht S. nicht; er stellte jedoch fest, dass der Stoff durch

Erhitzen auf 100° in seiner Wirksamkeit *nicht* beeinträchtigt wird. Die Entgiftung des Strychnins erfolgt jedenfalls auf chemischem Weg; die motorischen Elemente des Centralnervensystems scheinen also eine höhere Affinität zum Strychnin zu besitzen als die sensorischen. Dittler (Leipzig).

826. **Ein Beitrag zur Kenntniss der Strychnin- und Coffeinwirkung;** von Dr. Torata Sano. (Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 381. 1908.)

S. stellte an strychnin- und coffeinvergifteten Fröschen fest, dass ihre Reflexerregbarkeit für taktile (mechanische und elektrische) Reize zwar enorm gesteigert wird durch die Giftwirkung, dass sie sich aber für schmerzauslösende Reize (Eintauchen in starke Säuren, vorsichtiges Durchschneiden der Körperhaut oder innerer Organe) so gut wie unempfindlich zeigen. Diese Thatsachen sind zum Theil ja schon seit Jahren bekannt, gewinnen jedoch von Neuem wesentlich an Bedeutung angesichts der theoretischen Folgerungen, die S. an seine Beobachtungen knüpft. S. nimmt nämlich an, dass die beiden genannten Gifte, die bekanntlich am Centralnervensystem (Rückenmark), und zwar an dessen sensorischen (receptiven) Partien angreifen, neben ihrer die Erregbarkeit steigernden Wirkung auch eine narkotisirende Wirkung ausüben, und zwar denkt er sich, dass die centralen *Schmerz*apparate in ihrer Erregbarkeit *herabgesetzt*, die centralen *Tast*apparate dagegen in ihrer Erregbarkeit *gesteigert* werden. Seitdem die Annahme getrennt funktionirender Systeme für die Schmerz-, Tast-, Temperatur-Empfindung und -Erregungsleitung mehr und mehr an Wahrscheinlichkeit gewinnt, stehen einer solchen Anschauung keine principiellen Bedenken entgegen. Dies kann um so weniger der Fall sein, als von einer ganzen Anzahl von Giften bewiesen ist, dass sie zum Theil eine anästhesirende, zum Theil eine erregende Wirkung haben (ich erinnere an die „Morphingruppe"). Das Neue der Ergebnisse dieser Arbeit besteht nur darin, dass die Angriffspunkte der Gifte mit relativ grosser Sicherheit aus dem Symptomenbild erschlossen werden konnten. Dittler (Leipzig).

827. **Zur pharmakodynamischen Charakterisirung des Cumarins;** von Alexander Ellinger. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. Festschr. f. Schmiedeberg p. 150. 1908.)

Bei Fröschen bewirkt das Cumarin in Dosen von 2—5 cg Lähmung der im Gehirn und Rückenmark gelegenen Centra, die sich auf Vagus und Athmungscentrum erstreckt, während das vasomotorische Centrum ungelähmt bleibt und die übrigen Funktionen nicht merkbar verändert werden. Für Kaninchen ist das Cumarin in der richtigen Dosis ein harmloses Narkoticum und nicht (wie Köhler meinte) ein gefährliches Herzgift. Bei Hunden erregt es sehr leicht Erbrechen; nach der Einspritzung von 0.3 g pro Kilo tritt eine leichte Narkose ein und nach 12—24 Stunden erfolgt der Tod unter Coma und Lähmung — augenscheinlich die Wirkung eines erst im Körper entstandenen Umwandlungsproduktes. Für Menschen ist es ungeeignet, da es auch hier sehr leicht Erbrechen bewirkt.

Besonders interessant ist das Cumarin als stickstofffreies Narkoticum der aromatischen Reihe. „Da die Constitution des Cumarins wohl bekannt ist, da es als Lakton und als ungesättigte Verbindung charakteristische chemische Eigenschaften besitzt und da endlich leicht pharmakologisch wirksame Gruppen in den Atomcomplex des Cumarins einzuführen sind, so lädt es geradezu zu Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen pharmakodynamischer Wirkung und chemischer Constitution ein".

Dippe.

828. **Contributo allo studio dei joni in terapia;** per il Dott. Nicola di Giovine, Napoli. (Rif. med. XXIII. 44. p. 1003. 1907.)

In einem Falle von postgonorrhoischer Kniegelenksankylose, einem Falle von tabischer Arthropathie eines Kniegelenkes und einem von Sklerodaktylie wurde die *Ionentherapie* angewandt. di G. ging so vor, dass er das kranke Gelenk mit einer mehrfachen hydrophilen Baumwollenlage umwickelte, die mit einer warmen Lösung des zu verwerthenden Medikaments (z. B. 2proc. Jodkaliumlösung) getränkt war. Die eine Elektrode von gekrümmter Gestalt wurde an dem kranken Gelenk aufgesetzt, die andere meist an der Wurzel des betroffenen Gliedes. Die Stromstärke wurde bis auf 40—45 M.-A. gesteigert, die Sitzungen dauerten 40—60 Minuten und wiederholten sich zunächst jeden zweiten Tag, später 2mal wöchentlich. Die Resultate waren günstig. Die Chlor- und Jodionen haben eine ausgesprochene sklerolytische Wirkung. Letztere sind auch anzuwenden, wenn ein entzündlicher Erguss in dem Gelenke besteht; die Chlorionen sind dann zu vermeiden. Bei Sklerodaktylie sind die Jodione ganz unwirksam. Dagegen können die Chlorionen wirksam sein, aber nur, wenn die Erkrankung am atrophischen Stadium angelangt ist.

Fischer-Defoy (Quedlinburg.)

829. **Ueber die pharmakologische Bedeutung der bigeminirten Aethylgruppen;** von Sigmund Fränkel. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. Festschr. f. Schmiedeberg p. 181. 1908.)

Das Radikal C_2H_5 hat eine besondere Bedeutung für das Zustandekommen der hypnotischen Wirkung. Zahlreiche Substanzen, die diese Gruppirung enthalten, bewirken schon in kleinen Gaben Schlaf. Substanzen, die statt der Aethylgruppe die Methylgruppe enthalten, haben diese Wirkung nicht. Substanzen, die statt der Aethylgruppe die um einen Kohlenstoff reichere Propylgruppe enthalten, haben diese Wirkung in besonders hohem Maasse. Die Aethylgruppe allein macht es aber nicht, sie muss augenscheinlich in besonderen Bindungen sich befinden, und da haben sich in der Praxis am meisten jene Mittel bewährt, in denen die Aethylgruppe bigeminirt vorkommt, d. h. in denen 2 Aethyl-

gruppen an einen Kohlenstoff gebunden sind, oder ähnlich, und aus der Znsammensetzung der Mittel der Veronalreihe könnte man den Sehluss ziehen, dass das Angliedern der beiden Aethylgruppen an einen Kohlenstoff eines Ringsystems die hypnotische Wirkung bedingt. Diese Anschauung widerlegt Fr. Es giebt genng derart zusammengesetzte Stoffe, die keinerlei narkotische Wirkung haben. In gewissen Ringbildungen erzeugt die bigeminirte Aethylgruppe strychninartige Krämpfe.

Dippe.

830. **Ueber die Wirkung einiger Narkotica auf das Polarisationsbild der Nerven;** von Albrecht Bethe. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. Festschr. f. Schmiedeberg p. 75. 1908.)

Leitet man durch einen Froschnerven einige Minuten lang einen constanten elektrischen Strom hindurch, fixirt dann mit Alkohol und färbt mit neutralen Lösungen basischer Farbstoffe, so färbt sich der Anodentheil wenig oder gar nicht, der Kathodentheil stark. Das hat B. das Polarisationsbild genannt nnd hat den Einfluss einiger Narkotica auf dieses Bild geprüft. Ergebnisse:

„Lösungen von Chloralhydrat, Aethylurethan und Phenylurethan, welche die Erregbarkeit des Nerven vollkommen aufheben, verhindern die Entstehung eines Polarisationsbildes beim Durchströmen mit solchen constanten Strömen, welche zur Ausbildung eines maximalen Polarisationsbildes bei normalen Nerven hinreichen. Ist die Erregbarkeit durch das Narkoticum nur herabgesetzt, aber nicht aufgehoben, so ist das beim Durchströmen hervorgerufene Polarisationsbild, gegenüber einem gleichlange durchströmten normalen Nerven je nach dem Grade der Erregbarkeitsherabsetzung weniger stark ausgebildet.

Die zur Unterdrückung des Polarisationsbildes nöthigen Narkosegrade sind bei Aethylurethan und Phenylurethan vollkommen, bei Chloralhydrat fast vollkommen reversibel. Mit andern Worten: Nach dem Zurückbringen in reine Locke'sche Lösung kehrt die Erregbarkeit wieder, und der vorher vergiftete Nerv zeigt beim Durchströmen ein vom Controlnerven nicht oder nur wenig verschiedenes Polarisationsbild.

Ausbildung des Polarisationsbildes und physiologischer Zustand des Nerven (Erregbarkeit) gehen also Hand in Hand. Mir scheint hierin ein Beweis für die physiologische Natur des Polarisationsbildes zu liegen, um so mehr, als die zur Hervorrufung des veränderten physiologischen Zustandes nöthigen Concentrationen der untersuchten Narkotica sehr verschieden sind. Es erscheint jedenfalls unwahrscheinlich, dass ein vom physiologischen Zustand unabhängiger chemischer oder physikalischer Zustand des Nerven sich in demselben Grade wie dieser unter dem Einfluss der Narkotica ändern sollte."

Dippe.

831. **Ein Beitrag zum Vergleiche der Opium- und Morphiumwirkung;** von R. Gottlieb und A. v. d. Eeckhout. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. Festschr. f. Schmiedeberg p. 235. 1908.)

Aus den Ergebnissen der Versuche sei hervorgehoben, dass auch die morphinfreie Opiumtinktur verstopfend wirkt; allerdings schwach und vielleicht nur bei krankem Darme. Man kann danach in der Verzögerung der Resorption nicht die einzige Ursache der stopfenden Wirkung des Opium sehen.

Dippe.

832. **Ueber das Verhalten des Atropins bei verschieden empfindlichen Thierarten;** von M. Cloetta. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. Festschr. f. Schmiedeberg p. 119. 1908.)

Cl. ist der auffalleuden Erscheinung nachgegangen, dass Kaninchen eine ganz ungewöhnliche Widerstandskraft dem Atropin gegenüber besitzen und glaubt, es könne dieses darauf beruhen, dass Gehirn und Leber Atropin zerstören und zwar das Kaninchengehirn in ganz besonders hohem Maasse. Danach würde das Atropin, nicht wie man bisher annahm, ohne jede chemische Umsetznng „katalytisch" wirken. Ein Theil wird im Magen und Darm ausgeschieden, von dort aber vielleicht nachträglich wieder resorbirt.

Dippe.

833. **Ueber Sapotoxin von Agrostemma Githago;** von J. Brandl. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 299. 1908.)

Ueber die Wirkung des Sapotoxins von Agrostemma Githago auf Blut und thierische Gewebe; von Dr. L. Neumayer. (Ebenda p. 311.)

Brandl nnd Neumayer haben das interessante und praktisch wichtige Gift der Kornrade eingehend studirt und kommen zu folgenden Ergebnissen:

„Die hämolytische Wirkung des Sapotoxins ist auf eine direkte Schädigung der rothen Blutkörperchen und zwar von deren Oberfläche zurückzuführen, die als eine Art Membran oder Mantelschichte das Blutkörperchen umschliesst. Da das Sapotoxin ebenso wie Aether, Alkohol, Chloroform u. a. Fette wie Cholesterin und Cholesterinlecithingemenge angreift, erscheint eine weitere Bestätigung der Anschauung erbracht, dass ein Theil der Mantelschichte der rothen Blutkörperchen aus dem einen oder anderen oder einem Gemenge dieser Fettkörper besteht.

Das Sapotoxin ist ein Zellgift; es ist im Stande, z. B. einzellige Lebewesen wie Leukocyten, in kürzester Zeit zum Absterben zu bringen. Eine tiefgreifendere Veränderung des Markes markhaltiger Nerven durch Sapotoxin konnte nicht beobachtet werden. Am quergestreiften frischen Muskel wurde durch Sapotoxin an einigen Stellen

das Bild der Quorstreifung etwas afficirt; am fixirten gleichen Objekte erwies sich die histologische Struktur intakt. Eine specifische Wirkung übt das Sapotoxin oder ein Spaltungs-, bez. Umsetzungsprodukt desselben auf collagenes Bindegewebe aus, das eine sulziggelatinöse Form annimmt. Die Veränderungen, welche Sapotoxin im Verdauungstraktus hervorruft, zeigen bei mikroskopischer Untersuchung alle Charaktere der akuten Geschwürsbildung." Dippe.

834. **Vergiftung mit Schwefelsäure;** von Dr. R. Eiselt. (Časopis lékařu českých. 1908. p. 5.)

Die Ausscheidung der Schwefelsäure war in den ersten 2 Tagen am stärksten, nahm in den folgenden 3 Tagen ab und stieg dann wieder, aber nicht mehr so hoch wie anfangs. Die Hauptmasse wurde in Form von Sulfaten durch den Harn ausgeschieden. Die Aetherschwefelsäure stieg erst beim Zerfall der abgestossenen Darmschleimhaut, während die Rhodanverbindungen unverändert blieben. Zur Neutralisation verwendet der Körper die fixen Alkalien, unter Bildung von Calcium- und Magnesiumsulfat. G. Mühlstein (Prag).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

835. **Chronic external ophthalmoplegia;** by Wm. Campbell Posey. (Amer. Journ. of med. Sc. CXXXIV. 2. p. 268. Aug. 1907.)

P. berichtet von einem 16jähr., sonst gesunden Mädchen, dessen sämmtliche äusseren Augenmuskeln gelähmt waren. Die Pupillenreaktion war normal; auch sonst war am Nervensystem nichts Krankhaftes nachzuweisen. P. betont, dass die Krankheit meistens, aber nicht immer, wie neuere Berichte zugeben, in der Kindheit beginnt. Man muss sie unterscheiden vom angeborenen Kernschwund. Bei diesem ist die Lähmung oft nur einseitig, ferner sind die congenitalen Lähmungen stationär, während das hier in Frage stehende Krankheitsbild fortschreitet, und endlich sind bei jenen sekundäre Deviationen häufig, die hier fehlen. Etwas Bestimmtes über die Pathogenese ist nicht bekannt, da es bis jetzt in keinem der uncomplicirten Fälle zur Sektion kam. Wahrscheinlich handelt es sich um eine langsam zunehmende Kerndegeneration. S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

836. **Le nystagmus réflexe provoqué comme méthode de diagnostic des états fonctionnels de l'appareil vestibulaire;** par E. Lombard et E. Halphen. (Progrès méd. XXIII. 16. p. 185. 1907.)

Klinische Vorlesung mit einigen Beispielen über die diagnostische Bedeutung des bei Drehbewegungen oder nach Einspritzungen in den äusseren Gehörgang entstehenden Nystagmus. L. u. H. legen ihren Ausführungen die bekannten Forschungsresultate Baranyi's zu Grunde.
S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

837. **The second anatomical proof of the value of the paradoxical reflex;** by Alfred Gordon. (Amer. Journ. of med. Sc. CXXXIV. 2. p. 271. Aug. 1907.)

Nach einigen neueren, sowohl eigenen, als fremden Beobachtungen, hält G. seine schon früher gemachten Schlüsse über den paradoxen Reflex, d. h. die Streckung der Zehen bei Druck auf die Wadenmuskulatur, aufrecht. Dieser Reflex ist ein werthvolles Zeichen im Beginn einer organischen Erkrankung des motorischen Systems oder bei dessen Reizung. Während das Babinski'sche Zeichen von unschätzbarem Werthe ist bei definitiven Läsionen der Pyramidenbahn, ist der paradoxe Reflex ein Zeichen für eine vorübergehende Reizung oder eine leichte Veränderung dieser Leitungsbahn. [Dem *Ref.* erscheint es angezeigt, die Resultate G.'s auch bei uns nachzuprüfen.]
S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

838. **Ueber Huntington'sche Chorea;** von Dr. Armin Steyerthal. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 656. 1908.)

St. giebt wörtlich (in Uebersetzung) den Originalvortrag Huntington's wieder, den dieser vor der Meigs and Mason Academy zu Middleport (Ohio) am 15. Februar 1872 gehalten hat. Man erfährt nichts wesentlich Neues, wenn auch die Meinung St.'s richtig sein mag, dass H.'s Originalarbeit niemals bei der Bearbeitung des Capitels von der erblichen Chorea zu Rathe gezogen worden ist.
S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

839. **Zur Frage der pathologischen Anatomie und Pathogenese der Chorea minor, nebst Bemerkungen über die Nekrobiose der Nervenzellen und des Nervenzellkerns;** von Kasimir v. Orzechowski. (Arb. a. d. Neurol. Institute an d. Wien. Univers. p. 530. 1907.)

O. schildert klinisch und anatomisch ausführlich einen Fall von Chorea. Der Kr. ging 8 Tage nach der Aufnahme an einer Angina tonsillaris und frischen Endokarditis unter septischen Erscheinungen zu Grunde. Anatomisch fanden sich zahlreiche embolische Herde, namentlich in den motorischen Rindenbezirken, Marchi-Degeneration in der Gegend der beiden Nuclei dentati und Kernansammlung um die Ganglienzellen der Thalamuskerne. Die zeitlichen Verhältnisse aber liessen einen Zusammenhang zwischen der choreatischen Störung und diesen Veränderungen mit Sicherheit ausschliessen.

v. O. analysirt nun die bekannt gewordenen Fälle von Chorea mit autoptischem Befunde und kommt zu einer Reihe von Schlüssen, von denen die folgenden die wichtigsten sind: Fast in allen Fällen mit histologischen Veränderungen lässt sich das Vorhandensein einer septischen, bez. pyämischen Affektion mit Wahrscheinlichkeit feststellen. Die Choreatischen scheinen sehr leicht der septischen Erkrankung zu unterliegen, was seinen Grund darin haben mag, dass die Chorea häufig unterernährte Individuen befällt, die durch die fortwährenden Bewegungen und durch die erschwerte Nahrungsaufnahme erschöpft sind. Die histologischen Veränderungen, die wir finden, überlagern und ver-

decken die geweblichen Veränderungen, wie sie ursprünglich durch die Chorea allein zu Tage getreten sind. Wir haben deshalb kein Recht, weder von der Art der anatomischen Veränderungen, noch von ihrer Lokalisation zu sprechen. In pathogenetischer Beziehung kommt v. O. zu folgender Hypothese: Die choreatische Störung ist in die Bahn zu verlegen, die vom Nucleus dentatus durch die Bindearme zum rothen Kern zieht. Die Vertheilung der metastatischen Processe lässt den Schluss als sehr wahrscheinlich erscheinen, dass im kindlichen und jugendlichen Alter der Kreislauf der basilaren Arterie jenen der Carotis interna überwiegt. S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

840. **Zwei Fälle von Herderkrankung in der Vierhügelgegend;** von Dr. Moriz Infeld. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 34. 1907.)

Im ersten der beiden Fälle bestanden beiderseitige Trochlearislähmung, eine links stärker ausgeprägte Oculomotoriuslähmung, ferner spastische Parese und Hemichorea, sowie Sensibilitätsstörungen der rechten Körperhälfte. Die Diagnose Conkrement im linken rothen Kern wurde durch die Sektion bestätigt.

In dem 2. Falle handelte es sich um eine tuberkulöse Meningitis und einen diagnosticirten Tuberkel im Vierhügeldach, mehr rechts.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

841. **Ein Fall von Tumor der Schädelbasis, ausgehend von der Hypophyse;** von Friedrich Zöllner. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 2. p. 815. 1908.)

Bemerkenswerth in dem von Z. mitgetheilten Falle ist, dass auch in ihm, wie bei den meisten in neuerer Zeit beschriebenen Tumoren der Hypophyse, Adipositas und Hemmung des Wachsthums festgestellt wurden. Die Frage, warum die erhebliche Beeinträchtigung wichtiger Hirntheile und der Hirnnerven keine stärkeren Erscheinungen und schwereren Störungen gemacht hat, lässt sich nur so beantworten, dass durch das langsame Wachsen des Tumor eine Anpassung der lebens- und funktionswichtigen Organe in hohem Maasse stattfinden konnte. In derselben Weise ist auch die Frage zu beantworten, warum die starke Compression der Pyramidenbahnen, die Jahre hindurch bestand, nicht zu einer absteigenden Degeneration geführt hat. S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

842. **Die syringomyelischen Bulbärerkrankungen;** von Dr. Otto Paul Gerber. (Wien. med. Wchnschr. LVII. 35. 1907.)

G. beschreibt nur klinisch 2 seltenere Fälle der bulbomedullären Form der Syringomyelie. Im 1. Falle handelte es sich um eine Syringomyelia cervicalis mit Totalanästhesie der linken Cornea, Fehlen des linksseitigen Nies- und Rachenreflexes. Die 2. Beobachtung betraf eine humeroscapuläre Syringomyelie, einsetzend mit apoplektiformen Anfällen von schwerer Dyspnöe und Tachykardie. S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

843. **Ueber die Leitung der Sensibilität im Rückenmark;** von Dr. Max Rothmann. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 2. 3. 1906.)

Die am *Hunde* festgestellten Ergebnisse zeigen, dass keine der verschiedenen Sensibilitätsqualitäten an eine bestimmte Bahn oder auch nur an eine Rückenmarkshälfte allein mit ihrer Leitung geknüpft ist. Stets sind es mehrere Bahnen, die mehr oder weniger für einander eintreten können. Am meisten lokalisirt ist noch die Berührungsempfindung, die nur den gleichseitigen Hinterstrang und den gekreuzten Vorderstrang zur Leitung zur Verfügung hat, während z. B. die Schmerzempfindung einer Seite durch beide Seitenstränge und zum kleinen Theil auch durch beide Vorderstränge geleitet wird, die einzelnen Qualitäten des Muskelsinns noch darüber hinaus wohl auch die Hinterstrangsleitung benutzen können. Aus der *menschlichen* Pathologie sind hinsichtlich der Leitung der Sensibilität im Rückenmarke nur die Stichverletzungen zu benutzen. Hier ergiebt es sich als zweifellos, dass die gekreuzte Leitung für die Schmerzempfindung, noch mehr aber für den Temperatursinn, von weit grösserer Bedeutung ist als bei den höheren Säugethieren. Trotzdem ist die Lehre von der ausschliesslich gekreuzten Leitung dieser Formen der Sensibilität auch für den Menschen falsch; auch hier kommt es zu einer ziemlich weitgehenden Restitution für die Schmerzempfindung durch die gleichseitige Rückenmarkshälfte, deren ungenügende Einübung bisweilen eine falsche Projektion von der Hirnrinde aus in dem Symptom der Allocheirie herbeiführt. Geht beim Menschen auch zweifellos der grösste Theil der Schmerzleitung durch den gekreuzten Vorderseitenstrang, ein kleinerer durch den medialen Theil des gleichseitigen Vorderseitenstranges, so ist es doch nicht völlig ausgeschlossen, dass auch hier eine Vorderstrangsleitung von einer gewissen, wenn auch untergeordneten Bedeutung ist. Die Temperatursinne haben vorwiegend gekreuzte Leitung im Vorderseitenstrang; die Restitution durch die gleiche Seite ist vorhanden, aber nur sehr unvollkommen. Auch beim Menschen müssen der gewöhnliche Drucksinn und die Berührungsempfindung streng auseinander gehalten werden. Der Drucksinn hat eine der gekreuzten, nur um weniges nachstehende gleichseitige Leitung zur Verfügung; neben dem Seitenstrang kommen hier auch beim Menschen Hinterstrangs- und Vorderstrangsleitung in Betracht. Dagegen verfügt die Berührungsempfindung wahrscheinlich auch beim Menschen über zwei feste Bahnen, die ungekreuzte Hinterstrangsleitung und die gekreuzte Vorderstrangsleitung, nach deren gemeinschaftlicher Zerstörung sie aufgehoben ist, während jede dieser Bahnen allein die Leitung zu übernehmen im Stande ist. Das Lagegefühl verfügt beim Menschen vorwiegend über gleichseitige Leitungsbahnen, unter denen neben der Seitenstrangsbahn auch Hinterstrangs- und vor Allem Vorderstrangsleitung in Betracht kommen dürften. Die alte Brown-Séquard'sche Lehre ist weder für die höheren Säugethiere, noch für den Menschen aufrecht zu halten. Wie wir bei der Leitung der Motilität im Rückenmarke eine Reihe von Bahnen kennen gelernt haben, die mehr oder weniger für einander eintreten können, so gilt dasselbe auch für

die verschiedenen Qualitäten der Sensibilität. Für die Praxis, vor Allem für die Rückenmarkschirurgie, ergiebt sich hieraus der bedeutungsvolle Schluss, dass eine reine Halbseitenläsion des Rückenmarkes nicht nur hinsichtlich der Motilität, sondern auch auf dem Gebiete der Sensibilität einer weitgehenden Restitution fähig ist.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

VI. Innere Medicin.

844. **Die Wassermann'sche Reaktion bei Scharlach;** von Johannnes Zeissler. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42. 1908.)

Z. betont und bestätigt die Angabe von Much, „dass unter bestimmten Verhältnissen, seien sie nun bedingt durch den Charakter der Epidemie oder durch besondere Eigenschaften der Antigene, die Complementablenkung nach Wassermann bei Scharlach ebenso eintreten kann, wie bei Lues, während Normalsera die Hämolyse nicht oder nur in einem geringen Procentsatz hemmen." Z. schätzt danach den Werth der Wassermann'schen Reaktion noch nicht allzu hoch ein. Dippe.

845. **Ueber Complementbindung bei Syphilis hereditaria, Scharlach und anderen Infektionskrankheiten;** von L. Halberstädter, Erich Müller und A. Reiche. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 43. 1908.)

Die Vff. bestätigen die Angaben von Much und Eichelberg, dass man bei einer ganzen Anzahl von Scharlachkranken eine der Wassermann'schen durchaus gleiche Reaktion bekommen kann. Sie sehen darin aber nur einen Fehler, der sich vermeiden lassen wird und der nicht im Stande ist, den Werth der Reaktion wesentlich zu beeinträchtigen. Ihre Untersuchungen an Kindern sprachen durchaus zu Gunsten der Reaktion, die vielleicht gerade bei Kindern, z. B. auch bei Säuglingen, von grossem Nutzen sein kann. Dippe.

846. **Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase bei Scharlach;** von Gustav Killian in Freiburg i. B. (Ztschr. f. Ohrenhkde. n. s. w. LVI. 3. p. 189. 1908.)

Schon in den ersten Tagen des Scharlachs können die Nebenhöhlen der Nase miterkranken und zu den schwersten Complikationen Anlass geben. Am häufigsten werden die Oberkieferhöhlen in Mitleidenschaft gezogen, dann die Siebbeinzellen und die Stirnhöhle. Die letztere, ebenso wie die Keilbeinhöhle, die sehr wenig bei kleinen Kindern entwickelt sind, kommt selten in Betracht. Die Complikationen betreffen vor allem das Gehirn, dessen Erkrankung oft den Tod im Gefolge hat.

Hoehheim (Halle a. d. S.).

847. **Ueber den primären Krebs der Lungen und Bronchien;** von Dr. P. J. W. Müser. (Mittheil. aus d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 5. 1908.)

M. berichtet aus der Lenhartz'schen Abtheilung über 24 Fälle von *primärem Lungencarcinom;* darunter waren 2 Fälle, die 31jähr., bez. 22jähr. Kr. betrafen. Unter den 24 Kr. befanden sich nur 3 Frauen, 13mal war die linke, 11mal die rechte Lunge erkrankt. In 3 Fällen war das primäre Lungencarcinom mit Tuberkulose vergesellschaftet; jedoch gelang es nur in 1 Falle durch den Nachweis von Tuberkelbacillen die Diagnose Carcinom mit gleichzeitiger Tuberkulose der Lungen intra vitam richtig zu stellen. In den 2 anderen Fällen wurde die Tuberkulose erst bei der Sektion entdeckt. Die Aetiologie des Lungenkrebses ist noch in gänzliches Dunkel gehüllt. In ca. 90% der Fälle geht die Krebswucherung von den Bronchien aus und greift von da auf das umgebende Lungengewebe über; nur in den selteneren Fällen ist das eigentliche Lungengewebe der primäre Sitz des Carcinoms. Histologisch handelt es sich in Folge dessen meist um Cylinderepithel-, seltener um Plattenepithelkrebs. Metastasen sind sehr häufig. Die physikalischen Lungenerscheinungen sind beim Carcinom unter Umständen nur sehr wenig ausgesprochen; es giebt Fälle, in denen fast sämmtliche physikalische Erscheinungen fehlen. Da kann man oft noch durch die aufmerksame Untersuchung des Sputums auf die richtige Diagnose kommen. Die ausschlaggebende Bedeutung bei der Untersuchung des Sputums haben für Lenhartz ausgesprochene Fettkörnchenkugeln, vereinzelt oder dicht, oft zu deutlichen Nestern vereint. Mehrfach gelang es auch, bei Punktion eines verdächtigen Lungenherdes in den paar Tröpfchen des in der Hohlnadel befindlichen Gewebesaftes oder den kleinen Gewebepartikelchen sichere Fettkörnchenkugeln nachzuweisen. Eine werthvolle diagnostische Stütze ergiebt die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen. Bei 5 Kr. hat Lenhartz operativ eingegriffen; aber nur in 1 Falle konnte bisher ein Erfolg erzielt werden. Es handelte sich um einen 31jähr. ganz kachektischen Kranken mit grossem, offenbar central erweichtem Tumor in den unteren seitlichen Partien der rechten Lunge. 4 Monate nach der Operation hatte der Kranke 35 Pfund zugenommen; nach Jahresfrist war er noch gesund und erwerbsfähig. Kann man beim Lungencarcinom die Diagnose möglichst frühzeitig stellen, so wird man wenigstens in einer Reihe von Fällen mit peripherischem Sitz eines circumscripten Tumors mit Hoffnung auf günstigen Erfolg an die Operation herangehen können. P. Wagner (Leipzig).

848. **Aspirirter Zwetschenstein;** von Dr. med. Chr. Schmidt in Chur. (Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LVI. 3. p. 225. 1908.)

Der 11jähr. Knabe wurde, während er trockene Zwetschen kaute, von einem Kameraden angestossen; er

fiel auf den Rücken und aspirirte den Stein in den rechten Bronchus. Nach einer Bronchoskopie wurde der Stein in die Trachea hinaufgehustet, dann aber in den linken Bronchus aspirirt. Es entstand eine Pneumonie, während deren G. Killian in Freiburg den Zwotschenkern extrahirte. Heilung nach Pneumonierecidiv.

Hochheim (Halle a. d. S.).

849. **Le cancer du corps du pancréas;** par le Dr. Chauffard. (Acad. de Méd. Séance du Oct. 20. 1908.)

Der Krebs des Pankreas tritt verschiedenartig in Erscheinung, je nachdem es sich um Krebs des Pankreaskopfes oder -körpers handelt. Im ersteren Falle ist es hauptsächlich der Ductus choledochus, der in Mitleidenschaft gezogen wird und in Folge dessen tritt Icterus auf und eine mitunter bedeutende Dilatation der Gallenblase. Nichts von alledem ist zu bemerken, falls der Krebs nur den Pankreaskörper befällt. Hingegen treten Schmerzen in den Vordergrund dadurch, dass ein Uebergreifen auf den Plexus solaris und die Semilunarganglien stattfindet. Die Schmerzen sind paroxystisch, beginnen links, dehnen sich dann aber über die ganze Magengegend aus und sind von falschem Gefühl von Stuhldrang begleitet. Späterhin werden sie continuirlich, sind ausserordentlich heftig, gürtelförmig mit Ausstrahlungen in den Rücken und die Schulterblätter, derart, dass sie eine gewisse Aehnlichkeit mit den tabischen Schmerzen darbieten. Die Kranken müsseu nach vorn gebeugt sitzen, um einigermaassen ihre Schmerzen zu lindern, sie magern ab, doch ist lokal keinerlei Tumor nachweisbar.

Sicherlich ist auf Grnnd dieser Symptome eine feste Diagnose nicht zu stellen, und Sicherheit kann man nur durch eine explorative Laparotomie erlangen. E. Toff (Braila).

850. **Ueber Anwendung der Fulguration in der Laryngologie;** von Dr. v. Eichborn in Heidelberg. (Verh. d. Vereins deutscher Laryngol. p. 3. 1908.)

v. E. hält die Fulguration für ein recht brauchbares Mittel zur Nachbehandlnng der Operirten. Die Fulguration hat eine Tiefenwirkung von nur 1 cm, ihre Applikation ist sehr schmerzhaft (Narkose!), aber die Wirkung war, wenigstens in den beiden angeführten Fällen von Kehlkopf- und Nasenrachentumor, sehr zufriedenstellend.

Hochheim (Halle a. d. S.).

851. **Zur Pathologie und Therapie der malignen Nebenhöhlengeschwülste;** von Dr. Manasse in Strassburg i. E. (Verh. d. Vereins südd. Laryngol. p. 506. 1908.)

M. berichtet über eine Neubildung der Nase, die theilweise Spindelzellensarkom, theilweise Atherom oder Cholesteatom war. Die Geschwulst war in die Stirnhöhle durchgebrochen und hatte diese vollkommen mit dieker, granlmer Tumormasse ausgefüllt. Pat. ist $1^1/_2$ Jahre post operationem noch ohne Recidiv.

Hoehheim (Halle a. d. S.).

852. **Die neuen Methoden in der Behandlung der chronischen Kieferhöhlenempyeme;** von Dr. Georg Cohn in Königsberg. (Therap. Rundschau Nr. 10. 1908.)

C. empfiehlt die von Gerher modificirte Deuber'sche Methode. Er öffnet das Antrum von der Fossa canina, entfernt dann submucös die nasale Wand des Antrum im mittleren Nasengange — schont also die untere Muschel — und durchstösst mit einem geknöpften Messer die Schleimhaut. Den Schleimhautlappen implantirt er in die Höhle. Hochheim (Halle a. d. S.).

853. **Ein Fall von geschlossenen Empyemen der hinteren Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle, welche erst nach Entfernung der mittleren Muschel akut geworden sind;** von Dr. Ross in Hall Skillern, Philadelphia. (Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 1. p. 337. 1908.)

Dio Pat. kam wegen heftiger Schmerzen in der Stirn, Schwindelgefühl und verstopfter linker Nase in Behandlung. Nach einem geringfugigen Eingriffe in dieser Nasenseite waren alle Beschwerden beseitigt. Nach $1^1/_2$ Jahren traten die Symptome wieder auf. Es wurde nun die mittlere Muschel entfernt und die Stirnhöhle gespült. Die Besserung hielt nicht lange an; unerträgliche Kopfschmerzen forderten die Ausräumung des Siebbeinlabyrinths und Eröffnung der Keilbeinhöhle, die beide grosse Mengen Eiter enthielten. Nach diesem Eingriffe gingen die Kopfschmerzen allmählich zurück.

Hochheim (Halle a. d. S.).

854. **Ein Fall von Chorea minor nach Abtragung der adenoiden Wucherungen geheilt;** von M. H. Menier in Figeac. (Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 3. p. 335. 1908.)

Das 13jähr. Mädchen litt sehr stark unter den klonischen Bewegungen und der behinderten Nasenathmung. Vier Wochen nach der Entfernung der Rachenmandel war die Chorea verschwunden. Ob sie *in Folge* oder nur *nach* der Auskratzung verschwand, lässt sich nicht feststellen. Hochheim (Halle a. d. S.).

855. **Ueber einen Fall von metastatischen Hautkrebsen mit Bemerkungen über die Röntgenwirkung auf carcinöses Gewebe;** von Dr. O. Müller. (Dermatol. Ztschr. XV. 9. p. 565. 1908.)

Bei der 52jähr. Pat. waren vor 2 Jahren an der rechten Brust mehrere kleine knotenartige Geschwülste entstanden, die ziemlich rasch zu eitrigem Zerfall unter Hinterlassung schmieriger Hautdefekte gekommen waren. Im weiteren Verlaufe entwickelten sich schnell hintereinander zuerst an derselben Brust und in deren Umgebung, später auch an der linken Brust und auf dem Rücken gleiche Geschwulstknoten, nur einige am Halse verstreut aufgetretene Tumoren blieben vom Zerfall verschont. Das primäre Carcinom war klinisch nicht nachweisbar, wurde aber in der rechten Mamma vermuthet. Nach Reinigung und Desinfektion der Geschwürsflächen warde mit einer harten Röntgenröhre in Abständen von 2—3 Tagen jedesmal aus 15 cm Entfernung 4—6 Minuten lang bestrahlt. Nach 14 Sitzungen überall frische Granulationen; die Sitzungen wurden seltener, mussten zeitweise wegen vorübergehender Dermatitis ausgesetzt werden, wobei gleichzeitig Oedem beider Arme auftrat, jedoch im Urin Eiweiss, Cylinder, Zucker nicht gefunden wurden. Nach 10wöchiger Behandlung waren die kleineren Ulcerationen auf dem Rücken abgeheilt, die grösseren der Mammae — die Drüsensubstanz war ganz zerstört — fast geschlossen, dagegen hatte sich das Allgemeinbefinden wesentlich verschlechtert und erneutes Oedem der Arme sich eingestellt. Unter Hinzutritt von Allgemeinödem erfolgte durch Herzinsufficienz der Tod. Auch durch die Sektion konnte ein primärer Herd in inneren Organen nicht festgestellt werden. Die mikroskopische Untersuchung der vernarbten Ulcerationen bewies, dass die Heilung nur eine scheinbare

Digitized by Google

gewesen war, denn es fanden sich im Narbengewebe noch einzelne Carcinomzellen, die sicherlich wieder zur Proliferation gekommen wären. M. erklärt deshalb, die chirurgische Behandlung der Radiotherapie vorziehen zu müssen. Brauns (Dessau).

856. **Ein Beitrag zur Kenntniss der Mikroorganismen der Kopfhaut;** von Dr. Tièche. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 125. 1908.)

T. hat Schnittpräparate der Kopfhaut von 50 Erwachsenen, die an den verschiedensten Krankheiten gestorben waren, kurz nach dem Tode untersucht. Am besten bewährte sich nach Alkoholhärtung und Paraffineinbettung die Färbung mit 1proc. Lösung von Cresylechtviolett 1—10 Min. lang, Entfärbung in 90proc. Alkohol, bis keine Farbe mehr abgeht, und Einlagerung in Balsam wie üblich. Schuppenmaterial konnte ebenso behandelt werden, nachdem es auf einem Objektträger mit Eiweisslösung in der Flamme fixirt und in Alkoholäther 10 Min. lang entfettet war. Auf dieso Weise erhält man eine gute Färbung der Kerne, des Keratohyalins und Elacins, die Pilze heben sich in schön rothvioletter Farbe ab (auch für Trichophytie, Favus u. s. w. brauchbar).

Ein neues Argument für die von Sabouraud vertretene Auffassung der Seborrhöe einerseits, der Pityriasis simplex und stéatoïde andererseits, als specifischer Infektionskrankheiten hat T. nicht beibringen können. Die Sabouraud'schen Seborrhöebacillen fanden sich in Form von Cocons etwa in der Hälfte aller Fälle; die Malassez'schen Sporen, die die Erreger der Pityriasis simplex sein sollen, wurden nur 2mal nicht festgestellt. Von den Kokken fand T. wohl mal vereinzelte, aber keine grösseren Massen und keine typische Morokokkeuform. In 10 Fällen entdeckte er einen Mycelpilz, der dem der Pityriasis versicolor glich, wobei sich dann auch gelblich-bräunliche Schüppchen zeigten, so dass es sich um eine bisher nicht beobachteto Lokalisation dieser Krankheit handeln dürfte. Er schliesst sich Jacquet und Darier an, die die pathogene Bedeutung dieser Mikroben bestreiten, denn auch in seinen Schnittpräparaten machten die Seborrhöebacillen sowohl wie die Malassez'scheu Sporen viel eher den Eindruck von Saprophyten als von Infektionserregern, ja selbst die Kokken waren im Allgemeinen viel eher als harmlose Bewohner der Schuppen (Nosoparasiten), denn als pathogene Mikroben aufzufassen, zumal auch die von Sabouraud auf sie zurückgeführten entzündlichen Processe, die Exoserose und Exocytose fehlten. Die Menge der gefundenen Mikroorganismen war bei chronischen Krankheiten meist grösser als bei akuten Todesursachen. Brauns (Dessau).

857. **Ueber eine St. Galler Mikrosporie-Epidemie;** von Dr. R. Zollikofer und Dr. O. Wenner. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXXVIII. 17. p. 533. 1908.)

Unter dem Bilde des Herpes tonsurans trat im 1. Halbjahr 1908 in St. Gallen eine Epidemie auf, bei der als Erreger nicht Trichophyton, sondern Sabouraud's Mikrosporum lanosum s. caninum festgestellt wurde, das bisher hauptsächlich in Frankreich gefunden worden ist. Die erste Uebertragung auf den Menschen stammte von einer Katze. Da erfahrungsgemäss die Mikrosporie milder verläuft als die Trichophytie, so konnte von der in Aussicht genommenen Röntgenbehandlung abgesehen werden. Die Therapie bestand in Umschlägen mit 5proc. Sodalösung und Salben mit weissem Präcipitat, Resorcin, Naphthol (Jodtinktur wirkte weniger gut), dabei wurden die Haare rasirt oder sehr knapp geschoren. Heilungsdauer 1—4 Monate, im Durchschnitt 70 Tage. Dass die Epidemie eine beschränkte blieb, führen Z. u. W. darauf zurück, dass eine centrale Untersuchungsstelle eingerichtet worden war, der alle Kranken zugeschickt wurden. Brauns (Dessau).

858. **Demodex folliculorum des Menschen und der Thiere;** von Prof. Friedrich Gmeiner. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 25. 1908.)

Aus dieser erschöpfenden Bearbeitung, die das grösste Interesse der Thierärzte und Zoologen erwecken dürfte, da die gesammte einschlägige Literatur berücksichtigt und kritisirt ist, brauchen hier nur wenige Ergebnisse mitgetheilt zu werden. G. fand z. B. unter 100 untersuchten Leichen keine frei; in den Augenlidern fand sich Demodex zu 50%, in Akne, Commedonen u. s. w. aber konnte er nur zu 20—30% festgestellt werden. Aus der vergleichenden Pathologie bei Menschen und Thieren ergiebt sich, dass der Milbe eine pathologische Rolle nicht zufällt, dass sie insbesondere als alleinige Ursache der sogen. Acarusräude nicht angesehen werden darf. Aehnlich wie beim Menschen, wo sie nur eine geringfügige Läsion des Epithels und eine Ausbuchtung, bez. Erweiterung der Haarbälge und Talgdrüsen hervorruft, sei ihr Effekt auch bei den Thieren; die Acarusräude sei bedingt durch sekundäres Eindringen von Staphylococcus pyogenes albus in die erweiterten Follikel. Zur Abtödtung der Milben erwiesen sich ätherische Oele als am zweckmässigston; beim Monschen wird man auf eine Therapie ganz verzichten können, für die Thiere empfiehlt G. Abscheeren der Haare, Bad mit ½—1% Schwefelleber und behutsames aber gründliches Einreiben kleiner Mengen von Ol. Carvi, Spiritus ana 10.0, Ol. Ricini 150.0. Mittheilungen von Uebertragung der Thierräude auf den Menschen halten einer kritischen Prüfung nicht Stand. Brauns (Dessau).

859. **Ein Beitrag zur Behandlung der Inguinalbubonen;** von Dr. Fr. Jenssen. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 97. 1908.)

J. empfiehlt folgendes in der Arning'schen Abtheilung des Krankenhauses im Hamburg-St. Georg übliche Verfahren.

Abreiben des Bubo mit Aether; 3—4 mm langer Einstich mit einem spitzen, zweischneidigen Scalpell; Entleerung des Eiters durch leisen Druck; Ausspülung mit 5proc. Carbolwasser mittels einer 20—30 ccm fassenden Spritze mit einer 8—10 cm langen abgestumpften Kanüle, so lange bis die Spülflüssigkeit klar, höchstens noch etwas sanguinolent, abläuft; Entfernung der Reste des Spülwassers durch leichten Druck; Injektion von 1—10 ccm sterilen 10proc. Jodoformglycerins; Befestigung eines Jodoformgazebausches auf der Punktionsöffnung mit Zinkoxydpflaster unter mässigem Druck. Bei sehr grossen Bubonen sind 2—3 Oeffnungen nöthig. Der Druck kann durch Auflegen eines bezogenen Ziegelsteines verstärkt werden. Meist tritt am Abend des Operationstages Temperatursteigerung zwischen 38° und 39° ein, auch wohl mal bis 40°; vom 2. Tage ab fast stets fieberfreier Verlauf. Der Verband muss nur bei grossen Bubonen schon am 1. Tage gewechselt werden; in den meisten Fällen hat dieses bis zum 2. Tage Zeit, dann hat es täglich zu geschehen unter Ausdrücken des angesammelten Sekretes.

Von 195 Bubonen heilten 128 in durchschnittlich 12 Tagen (6—21), 40 bedurften einer Operation. Auch für andere Abscesse, z. B. bei Bartholinitis, erwies sich diese Punktionsmethode als zweckmässig. Brauns (Dessau).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

860. **Die Gefahren und der Nutzen der intrauterinen Injektionen**; von P. Zweifel. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. 1908.)

Um die alte Streitfrage, ob Arzneilösungen bei intrauterinen Einspritzungen durch die Tuben in die Bauchhöhle fliessen können, definitiv zu lösen, hat Z. systematische Versuche mit Controle bei nachfolgender Laparotomie angestellt. Es ergab sich Folgendes: Bei intrauterinen Spülungen mittels des Fritsch-Bozeman'schen Katheters fliessen wässerige Lösungen, die nicht ätzen, nicht reizen, in der Regel in die Bauchhöhle über *unter der Bedingung, dass jede Anregung zu Zusammenziehungen der Gebärmutter vermieden werde.* Alkoholische Lösungen treten zwar in die Tuben über, aber nicht in die Bauchhöhle selbst, es finden bereits leichte Zusammenziehungen der Gebärmutter und wahrscheinlich auch der Tuben statt. — Für Injektionen mit der Braun'schen Spritze gilt ungefähr das Gleiche, selbst für die sogen. Pinselspritzen. Z. hat eine solche Spritzenkanüle in der Breite der bekannten amerikanischen Silberstäbchen und möglichst platt anfertigen lassen. Auch bei Verwendung dieser Spritze floss Liquor ferri, in der Menge von nur 1 ccm eingespritzt, und obwohl sich die umgewickelte Watte bis unter den äusseren Muttermund hinunter mit Liquor vollsangte, ihn also theilweise ableiteto, in beide Tuben ein und durch die eine offene bis in die Bauchhöhle, in der anderen verwachsenen bis zur Verwachsungsstelle. Es geht aus diesen Versuchen mit zwingender Nothwendigkeit der Schluss hervor, dass man in das Corpus uteri überhaupt keine ätzende Flüssigkeit einspritzen darf, oder nur 2—4 Tropfen (v. Braun), wenn der Abfluss nicht vollkommen gesichert ist. Folgerichtig läuft diese strenge Einschränkung der intrauterinen Einspritzungen *auf eine Empfehlung der Pinselbehandlung* hinaus. Z. prüfte aber auch diese, indem er sich, bez. der Ausführung ganz an die bekannten Menge'schen Vorschriften hielt. Es ergab sich, dass die Verbreitung des Liquor in der Corpushöhle nur dann gelingt, *wenn der Muttermund weit ist.* Dieses ist in praxi nur in etwa einem Drittel der Fälle der Fall, in den übrigen zwei Dritteln müsste man den Muttermund erst erweitern. Z. benutzt, um ganz sicher zu gehen, eine gebogene Metallröhre, die in das Corpus nach event. leichter Dilatation eingeführt wird, und giesst in diese den Liquor ferri hinein. Sodann wird ein feiner Drahtwattepinsel nachgeschoben; dieser hat den Zweck, die Flüssigkeit aufzusaugen und mit allen Theilen der Uterushöhle in Berührung zu bringen, um schliesslich beim allmählichen Zurückziehen des Röhrchens den Liquor sicher nach unten abzuleiten. In vielen hundert von Fällen hat Z. bei dieser Anwendung des Liquor ferri (bei Blutungen) niemals die geringste Störung, nie einen Krampfanfall, nie eine Entzündung des Bauchfells gesehen. Es handelt sich also um *eine Pinselbehandlung mit Sicherheitsvorrichtung.* Allerdings ist diese Behandlung wegen der erforderlichen vorherigen Dilatation in der Regel nicht in der Sprechstunde auszuführen.

Die festgestellten Thatsachen eröffnen nun aber noch eine andere Perspektive. Da wässerige, nicht ätzende Flüssigkeiten in die Tuben eindringen, falls nur das Orificium uteri offen ist, so kann man beginnende ascendirende Gonorrhöe mittels intrauteriner Injektionen von wässerigen, nicht ätzenden, z. B. 2proc. Argentaminlösungen behandeln. Auch in späteren Stadien, wenn die Epithelien wieder regenerirt sind, wird man die Behandlung ausführen dürfen. Z. hat diese Behandlung in der That schon Jahre lang durchgeführt und, wie er sagt, sehr gute Erfolge erzielt. Man beginne aber vorsichtig mit einigen Tropfen und injicire erst dann, wenn die Toleranz feststeht, 1—2.5 ccm täglich oder einen Tag um den anderen. Es pflegen zwar Schmerzen in der erkrankten Seite für 1 bis 2 Stunden aufzutreten, aber nie Koliken. In der Mehrzahl der Fälle konnten die Patienten nach durchschnittlich dreiwöchiger Behandlung geheilt entlassen werden. Das wäre allerdings ein glänzendes Resultat. Einige blieben ungebessert und wurden operirt. — Bekanntlich haben, wie auch Z. erwähnt, schon vor Jahren Grammaticati und Lebedeff eine ähnliche Behandlung zu gleichem Zwecke empfohlen. R. Klien (Leipzig).

861. **Sténose cicatricielle du col utérin consécutive à des cautérisations;** par le Dr. Potocki, Paris. (Revue prat. d'Obst. et de Paed. Oct. 1908.)

Es ist schon öfters darauf hingewiesen wordon, dass in Folge von scharfen Aetznngen der Cervix uteri es zu narbigen Verwachsungen kommen kann, die gelegentlich der Geburt ein oft unüberwindliches Hinderniss entgegensetzen.

Einer 25jäbr. Frau wurden, wegen Endometritis etwa 10 Kauterisirungen mit Lapis causticus Filbosii, oder einer Modificirung gemacht und als die Geburt in Gang war und sich keinerlei Dilatation zeigte, konnte im Speculum festgestellt werden, dass keine Oeffnung am Gebärmutterhalse bestand, sondern nnr eine strahlige weissliche Narbe, an deren vorderer und binterer Seite je ein dicklicber Wulst die Muttermundlippe darstellte. Mit der Scheere wurde nun vorsichtig in der Gegend der Narbe eingeschnitten, die erzielte Oeffnung mit dom Finger erweitert und dann das Weitere den natürlicben Kräften überlassen. Die Frau konnte dann spontan gebären und bei ibrem Austritte aus der Gebäranstalt war die Cervix durcb nichts von derjenigen einer anderen Multipara zn unterscheiden.

P. ist der Ansicht, dass trotz der Möglichkeit, dass die Anwendung des Kaustikum Filhosii zu narbigen Verwachsungen führen könnte, es doch in der Gynäkologie nicht verlassen werden soll, man muss nur die Aotzungen vorsichtig vornehmen, nur dio Geschwüre berühren und nicht den Stift in das Innere des Collum einführen und hier schmelzen lassen. E. Toff (Braila).

862. **Zur Casuistik der Uterusperforationen mit Darmverletzung;** von Prof. P. T. Ssadowski in Petersburg. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 41. 1908.)

Einen Monat nach einem 3monatigen Abort machte ein Arzt wegen Blutungen nacb Dilatation der Cervix eine Ausscbabung. Als die vermutheten Placentareste nicht zu Tage kamen, führte er eine Kornzange in die Gebärmntterhöble ein, zog damit etwas „Weicbes" hervor und scbnitt diese Masse kurzerhand ab. Zu spät kam er zu der Einsicht, dass er Darm abgescbnitten hatte. Alsbaldiger Transport der Verletzten in S.'s Klinik, wo sechs Stunden nach dem Unfall die Laparotomie gemacbt wurde. Die Bauchböhle enthielt eine Menge dunkelflüssigen Blutes mit fäkalem Geruch und mit fäkalen Massen nntermiscbt. Die Därme waren stark aufgetrieben; der Uterus, gut contrahirt, enthielt in seiner Vorderwand etwas rechts von der Mittellinie ein $1^1/_2$—2 cm breites Loch, in das der von seinem Mesenterium abgerissene stark injicirte Dünndarm einmündete. Links von der Gebärmutter lag noch eine faustgrosse Eierstockscyste. Das abgerissene Mesenterium lag in einer Länge von etwa 170—200 cm frei, seine Gefässe waren bereits thrombosirt und bluteten nicht mehr. Wie sich später herausstellte, hatte das von dem Arzte herausgescbnittene Stück Darm eine Länge von 278 cm und bestand aus 3 einzelnen, glatt abgeschnittenen Stücken! — Am Coecum sass nur noch ein 3—4 cm langes zerfetztes Stückchen Dünndarm, Serosa und Muscularis des Coecum selbst waren angerissen. Es wurde das in die Gebärmutter mündende Stück Darm angezogen, abgeklemmt und an der Stelle, wo das Mesenterium heil war, resecirt und vernäht. Dasselbe gescbah mit dem Ileumende; die Defekte am Coecum selbst wurden vernäht und dann eine Coloenterostomie gemacbt. Der verletzte und mit Darminbalt inficirte Uterus wurde supravaginal amputirt, das Cystom exstirpirt, der Cervikalkanal mit dem Thermokauter ausgebrannt und der Uterusstumpf vernäht und peritonisirt.

In Anbetracht, dass fraglose Zeichen einer beginnenden Peritonitis vorlagen, wurde die ganze Banchhöhle nach möglichst genauer Toilette mit sterilen Marlytampons drainirt nnd ganz offen gelassen. In den ersten 5 Tagen heftige Reaktion, Fieber bis 39, Puls bis 130. Es gingen aber bereits am 2. Tage Winde ab, am 4. spontan Stuhl. Heilnng mit Bauchdeckenfistel. R. Klien (Leipzig).

863. **Das klinische Verhalten des Adenomyoma uteri;** von Dr. D. Grünbaum. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. 1908.)

Auf Grund von 20 einschlägigen Fällen aus der Landau'schen Klinik kommt G. zu dem Resultate, dass das Adenomyom kein specifisches Krankheitsbild darbietet, sich vielmehr in Uebereinstimmung mit dem klinischen Bild des Myoms befindet. Nur in den seltensten Fällen dürfte es gelingen, die Diagnose auf Adenomyom vor der Operation zu stellen. Das Adenomyom ist im Verhältnisse zum Myom häufiger mit Pelviperitonitis und Adnexveränderungen vergesellschaftet. Schwere degenerative Processe, wio Vereiterung, Verjauchung, Gangrän treten beim Adenomyom nicht anf, dagegen ist carcinomatöse, sarkomatöse und tuberkulöse Entartung des Adenomyoms des öfteren beobachtet. R. Klien (Leipzig).

864. **Corpuscarcinom bei einer 23jährigen;** von Dr. Ernst Engelhorn (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. 1908.)

Bei einer 23jähr. Nullipara deflorata ergab die wegen seit 6 Wocheu bestebender unregelmässiger Blutungen vorgenommene Abrasio, bei der ziemlich viel bomogene, glasige Massen zu Tage kamen, bei der mikroskopischen Untersuchnng typisches Carcinom. E. knüpft an diesen Fall die Mahnung an, principiell die ausgescbabten Massen einer mikroskopischen Untersuchung zn unterwerfen, auch bei jugendlicben Individnen. — Der angeführte Fall scheint übrigens der jugendlichste Fall von sicber festgestelltem Corpuscarcinom au sein. R. Klien (Leipzig).

865. **Ueber die Metastasirung des Uteruscarcinoms in das Centralnervensystem und die höheren Sinnesorgane;** von Dr. Heinrich Offergeld. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXIII. 1. 1908.)

O. hat die wenigen Fälle von Uteruscarcinommetastasen im Centralnervensystem und in den höheren Sinnosorganen aus der Litoratur zusammengestellt. *Gehirn*metastasen können gleichzeitig mit Leber- und Lungenmetastasen schon relativ früh bei noch operablem Uteruscarcinom auftreten. Sie sind meist solitär, in der Grösse eines Hirsekorns bis zn der eines Hühnereies, hämatogenen Ursprunges und machen meist keine klinischen Erscheinungen, besonders keinen Hirndruck. *Dura*metastasen finden sich meist nur bei inoperablen Uteruscarcinomen, sie sind klein, aber in der Regel multipel. Sie sollen meist lymphogenen Ursprunges sein, machen ebenfalls keine Symptome, wenigstens in den bisher bekannten Fällen. Ueber Metastasen im *Rückenmarke* ist bis jetzt nichts bekannt, dagegen scheinen die

peripherischen Nerven, soweit sie im kleinen Becken verlaufen, häufiger als bisher angenommen, befallen zu werden, entweder durch continuirliches Wachsthum oder auf lymphogenem Wege oder auch auf hämatogenem. Metastasen *innerhalb der Sinnesorgane* selbst sind nicht bekannt. Die von O. unter dieser Rubrik wiedergegebenen Fälle betrafen 1mal die Augenmuskeln, 1mal den inneren Augenwinkel, 1mal die Augenlider, 1mal war die äussere Opticusscheide in die Wucherung einer benachbarten Duametastase einbezogen; 1mal sass unter Anderen eine Metastase in der Zungenspitze.

R. Klien (Leipzig).

866. **Der nicht schwangere Uterus kann selbst auf Reize hin, die ihn nicht direkt zu treffen brauchen, sein Volumen wesentlich verändern;** von Prof. Oscar Benttner. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 32. 1908.)

B. verficht die Ansicht, dass der nicht schwangere Uterus auf gewisse direkte Reize hin zu erschlaffen vermag, während die Mehrzahl der Gynäkologen dieses leugnet. Kürzlich nun machte B. folgende Beobachtung.

Eine 28jähr. Zweitgebärende kam wegen Adnextumoren zur Laparotomie. Nach Einleitung der Narkose fühlte B. den Uterus ganz klein und hart; nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte er sich jedoch in einer dem 2. bis 3. Schwangerschaftsmonate entsprechenden Grösse, war bläulich verfärbt, ging dann während des Verlaufes der Operation zur normalen Grösse zurück und nahm wieder feste Consistenz an. R. Klien (Leipzig).

867. **Eine neue Methode der intraperitonäalen Ligamentverkürzung;** von W. Latzko. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 39. 1908.)

Seit 8 Jahren hat sich L. in mehr als 100 Fällen sowohl quoad Recidiv, wie nachheriger Schwangerschaft folgendes Verfahren bewährt: Es wird jederseits ein möglichst weit nach aussen gelegener Punkt des runden Mutterbandes an die Mitte des Fundus uteri angeheftet; die Mitte der so gebildeten Schlinge wird nahe der Mittellinie auf die Vorderseite des Uterus aufgenäht; zum Schlusse werden beide Ligamentschenkel, sowie die neugebildeten Falten des Lig. latum auf der Uterusvorderfläche vernäht. 4 Abbildungen machen die Operation ohne Weiteres klar. R. Klien (Leipzig).

868. **Eine inguinale Prolapsoperation (Exohysteropexia inguinalis);** von Hermann Freund. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 38. 1908.)

Bei einer schwächlichen 63jähr. Frau bestand neben einem totalen Gebärmutterscheidenvorfalle ein grosser linksseitiger Leistenbruch. Um bei der Hinfälligkeit der Pat. möglichst schnell zu operiren, eröffnete Fr. den Leistenbruch, reponirte nach Erweiterung der Bruchpforte und theilweiser Resektion des ausgetretenen Netzes den Bruchinhalt, holte darauf den atrophischen Uterus (die Scheide war vorher straff austamponirt worden) herauf und fixirte ihn in der Höhe des inneren Muttermundes in der Bruchpforte. Das Resultat der Operation war sehr befriedigend. R. Klien (Leipzig).

869. **Zur Einschränkung der Pessartherapie;** von Dr. Franz Cohn in Kiel. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 35. 1908.)

C. schildert die bekannten Unannehmlichkeiten und Schädlichkeiten der Pessarbehandlung und will diese nur noch angewendet wissen bei jugendlichen gebärfähigen Frauen und bei Greisinnen mit Prolapsen. Sonst seien Prolapse ebenso wie fixirte Retroflexionen zu operiren, mobile Retroflexionen dagegen überhaupt nicht örtlich zu behandeln, sondern allgemein. Vollständig verwerflich seien die Intrauterinpessare, wenigstens dann, wenn sie zu anticonceptionellen Zwecken ununterbrochen getragen werden. Jedes Pessar soll mindestens aller 2—3 Monate gereinigt werden.

R. Klien (Leipzig).

870. **Ein neues Pessar gegen Uterus- und Scheidenvorfall;** von Dr. Ludwig Friedmann. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 31. 1908.)

Fr. hat ein Klapppessar construirt, bestehend aus einem Ringe und einem Bügel, der in seiner Form der unteren Hälfte des modificirten Hodge-Pessars ähnlich erscheint; beide Theile sind mittels eines verzinnten schwerbeweglichen Scharniers miteinander verbunden. Der Bügel soll sich so auf den muskulösen Beckenboden stützen, dass der Ring stets senkrecht zur Scheidenachse liegen bleibt. Fr. ist mit der Wirkung des Pessars sehr zufrieden, und empfiehlt es an Stelle der Keulen- und anderer Pessare für Prolapse, die aus irgend einem Grunde nicht operativ behandelt werden. Nur bei der trichterförmig verengten senilen Scheide ist das Klapppessar eben so wenig anwendbar wie andere Pessare. Verfertiger: *H. Reiner*, Wien, van Swietengasse 10.

R. Klien (Leipzig).

871. **Beseitigung einer Insufficienz des Sphincter vesicae durch Verlagerung des Uterus;** von Dr. E. Schroeder. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 35. 1908.)

Schr. benutzte, wohl als erster die Verlagerung des Uterus nach Wertheim-Schauta zur Verschliessung einer den Sphinkter mit betreffenden Blasenharnröhrenscheidenfistel. Vollkommener Erfolg.

R. Klien (Leipzig).

872. **De l'établissement d'une fistule rénale en obstétrique et en gynécologie;** par H. Tecon. (Revue méd. de la Suisse rom. Oct. 20. 1908.)

Bouttner hat bei einer Elftgebärenden wegen wiederholter rechtsseitiger Pyelonephritis im 6. Schwangerschaftsmonate die Nephrostomie gemacht. Das Fieber ging herunter, die Diurese stieg; die Frau kam am normalen Ende der Schwangerschaft nieder und wurde dann durch Tubenresektion sterilisirt. Die Nierenwunde vernarbte gut, die Niere secernirte einen klaren Urin, nur in etwas verminderter Menge.

In einem 2. Falle wurde die Operation ausgeführt wegen Anurie in Folge von Ureterencompression durch ein inoperables Collumcarcinom. Es wurde so der Pat. die „Wohlthat" einer 10tägigen Verlängerung ihres Lebens geschaffen. Ob in solchen Fällen das bald eintretende urämische Coma nicht eine grössere und natürlichere „Wohlthat" ist?! [*Ref.*]. Es existirt zwar ein Fall von Logueu, der Beuttner offenbar vorbildlich gewesen ist, in dem das Lebeu nach schon 5 Tage bestehender Urämio aus gleicher Ursache um 155 Tage verlängert

Digitized by Google

worden ist durch die Nephrostomie, jedenfalls wird man gut thun, mit der Indikationsstellung sehr zurückhaltend zu sein. R. Klien (Leipzig).

873. **Eine neue Methode der Exstirpation doppelseitig erkrankter Adnexe;** von Prof. Oscar Beuttner. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 32. 1908.)

Um die Exstirpation stark verwachsener Adnexe von innen nach aussen sich zu erleichtern, beginnt B. mit einer transversalen Resektion des Fundus uteri mit folgender Hemisektion des Keils und verlängert die Schnitte rechts und links in die beiden Blätter des Lig. latum hinein. Damit ist ein breiter Zugang in's Parametrium geschaffen und es ist das Heranf-, bez. Herausholen der Adnexe aus der Tiefe wesentlich erleichtert. Aehnlich geht neuerdings Duhrssen vor mit seiner Keilresektion des Corpus uteri wegen chronischer Metritis.

R. Klien (Leipzig).

874. **Beitrag zur Lehre der Ovarialorganome;** von Dr. Franz Daels. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. 1908.)

Einem 14jähr. Mädchen wurde ein linksseitiges proliferirendes Ovarialteratom entfernt, das rechte Ovarium erwies sich bei der Operation als unverändert. Bereits 4 Monate darauf inoperabler Tumor des rechten Ovariums. Bei der *Sektion* fand sich noch ein kleiner runder Tumor im Septum rectovaginale, auch sassen an Stelle des linken Ovarium kleine Recidive. Alle 3 Geschwülste zeigten im Grossen und Ganzen denselben histologischen Aufbau. In zum Theil sarkomatösem Bindegewebe lagen Epidermis, Knorpel, Fettgewebe und glatte Muskelfasern, und zwar sprach das Verhalten der Haut und ihrer Appendikulargebilde, insonderheit der Haare u. A. für den embryonalen Habitus, den fötalen Charakter dieser Bildungen. Klinisch war also die Geschwulst als ein proliferirendes, histologisch als ein embryonales Teratom zu bezeichnen.

D. wendet sich gegen die Wilms'sche Bezeichnung Embryom für Geschwülste, in denen Abkömmlinge der 3 Keimblätter vorkommen, dafür sei die von Benda erfundene Bezeichnung Organom besser. D. geht dann noch auf die Möglichkeit der Metastasenbildung solcher Geschwülste ein, und kommt zu einer verneinenden Antwort, insofern, als er Metastasirung wirklicher organoider Gebilde für unbewiesen, wahrscheinlich auch für unmöglich erklärt; nur ein einzelnes malignes degenerirtes Gewebe eines proliferirenden Organoms könne metastasiren.

Ein 2. Fall von Ovarialorganom enthielt ganz vorwiegend neben allen möglichen anderen Geweben Nervengewebe mit ganz besonderen Charakteren, nämlich Glia- und Ependymbildungen. Zur Untersuchung dieser Geschwulst eignete sich besonders gut die Benda'sche Färbungsmethode für markhaltige Nervenfasern.

R. Klien (Leipzig).

875. **Ein Beitrag zur traumatischen Schwangerschaftsruptur des hochgraviden Uterus mit Austritt des ganzen Eies in die Bauchhöhle;** von E. Ehrendorfer. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. 1908.)

Eine 37jähr. Viertgebärende stürzte im 8. Schwangerschaftsmonate aus einer Höhe von $2^1/_2$ m auf die Tenne herab, und zwar direkt auf den Bauch. Sie konnte sich erheben, allein in's Haus gehen und sich zu Bett legen. Nach einem 3wöchigen Krankenlager, das zum Theil unter dem Bilde einer peritonäalen Reizung verlief, konnte sie allmählich ihre frühere Beschäftigung aufnehmen. Nachdem aber der reguläre Zeitpunkt der erwarteten Niederkunft ohne eine solche verstrichen war, wurde Pat. von ihren Aerzten der Klinik überwiesen. Seit dem Sturze hatte die Frau keine Kindsbewegungen mehr gefühlt. Bei der Laparotomie fand sich eine bereits in beginnender Mumifikation sich befindende Frucht, dem 8. Lunarmonate entsprechend; die Placenta bedeckte pilzförmig die Organe des kleinen Beckens. Nach Ablösung verschiedener Adhäsionen ergab sich, dass die Vorderwand des Uterus eine Perforationsstelle nahe am Fundus besass; in diesem Loche sass ein Theil der Nachgeburt. Supravaginale Amputation des Uterus, retroperitonäale Stielversenkung. Glatte Heilung.

E. führt in Ergänzung der von Baisch gesammelten Fälle noch einige Fälle von traumatischer Zerreissung des Uterus in der Schwangerschaft an. R. Klien (Leipzig).

876. **Ueber Symphyseotomie in der Schwangerschaft;** von Dr. Franz Lehmann. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. 1908.)

Im Jahre 1899 machte Frank in Köln als Erster eine Symphyseotomie in der Schwangerschaft; 10 Tage nach der Operation erfolgte die Geburt. Wegen Querlage musste gewendet und extrahirt werden, beim Durchleiten des Kopfes klaffte zwar die Symphyse, es rissen aber die Weichtheile wieder auf. Das Kind kam todt. Den 2. Fall berichtet Gauss aus der Freiburger Klinik; hier eiterte die Symphyseotomiewunde. 34 Tage nach der Operation wurde ein lebendes Kind geboren, es hatte ein deutliches Klaffen der Symphyse stattgefunden. Die 3. Frau hat L. selbst operirt, und zwar in der 36. Woche. Die Pat war der Aufforderung, in der 34. Woche die künstliche Frühgeburt einleiten zu lassen, nicht nachgekommen. Offene Symphyseotomie mit Drainage des retrosymphysären Raumes, primäre Wundheilung. 27 Tage nach der Operation Geburt im Hause der Pat. L. fand die Symphysenenden *fest*, absolut nicht gegen einander verschieblich. Der behandelnde Arzt musste schliesslich die hohe Zange anlegen. Dabei trat plötzlich nach mehreren fruchtlosen Traktionen der Kopf mit einem kräftigen Ruck in das Becken; auch hierbei hatte die Symphyse nicht nachgegeben. Kind lebend, mit deutlicher Depression auf dem linken Scheitelbeine.

Es bedeuten also diese 3 Fälle ein Fiasco der prophylaktischen Schwangerschaftssymphyseotomie und L. will die Operation auch nicht wieder machen, wie schon Frank sich vorgenommen hatte. Als Grund für die nicht ohne Weiteres vorauszusehenden schlechten Erfolge macht L. auf folgenden Punkt aufmerksam: es verdanke die ganze Idee der Symphyseotomie in der Schwangerschaft ihr Leben einer nicht ganz scharfen Ausdrucksweise; man sagte, nach der Symphyseotomie bleibt ein erweiterungsfähiges Becken zurück, und machte es sich nicht klar, dass in den Fällen, von deren Einwirkung auf das Becken man ausging, es sich um Symphyseotomie plus Geburt handelte; die Symphyseotomie konnte man in der Schwangerschaft machen, die vorangegangene Geburt bei gespaltener Symphyse blieb dagegen ein Desiderat. Hier steckt ein Fehler, der gemacht wurde, und ohne den die Versuche mit dem Schamfugenschnitte vielleicht überhaupt nicht angestellt worden wären.

R. Klien (Leipzig).

877. **Zur Frage des habituellen Fruchttodes.** *IV. Studien zur Pathologie der menschlichen Placenta;* von Dr. Schickele in Strassburg i. E. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. 1908.)

Sch. macht auf Grund seiner Untersuchungen auf eine anscheinend sehr häufige Ursache des frühzeitigen, auch habituell auftretenden Fruchttodes aufmerksam. Er hatte schon früher nachgewiesen, dass sich in den Placenten abgestorbener Föten zahlreiche alte Thrombosen und Fibrinherde finden, daneben aber auch auffallend reichliche Ektodermwucherungen. Diese beiden wohl gleichzeitig sich entwickelnden pathologischen Vorgänge, die Sch. auch in einem Falle von habituellem Fruchttode und Retention der Eier nachweisen konnte (und zwar an 3 Eiern einer Frau, die zwischendurch ein gesundes, ausgetragenes Kind geboren hatte), bilden höchst wahrscheinlich sehr häufig die Ursache zu Fehl- und Frühgeburten, zur Retention des abgestorbenen Eies, des habituellen Fruchttodes, zur vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta, der ungenügenden Lösung der Placenta in der Nachgeburtsperiode und der Placenta accreta. Nephritis und Lues brauchen in diesen Fällen nicht vorhanden zu sein. R. Klien (Leipzig).

878. **Lagerung der gebärenden Frau, Lendenbiegsamkeit und austreibende Kraft;** von B. S. Schultze. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. 1908.)

Sch. greift zurück auf eine seiner Arbeiten aus dem Jahre 1867, um von Neuem auf die Zweckmässigkeit der Rückenlage mit erhöhter Lendenwirbelsäule hinzuweisen. Dadurch wirke die austreibende Kraft des Uterus auch am Beckenboden in der Druckrichtung. Gleichzeitig werde bei überstreckter Lendenwirbelsäule das Kreuzbein so in den Ileosacralgelenken gedreht, dass sein unteres Ende sich dem Schambogen nähert, wodurch eine Entspannung der dazwischen gelegenen Weichtheile einschliesslich des Dammes zu Stande kommt. Sch. machte sehr häufig die Beobachtung, dass, nachdem der Kopf lange Zeit, selbst Stunden lang, am Beckenboden stillgestanden und die Wehenthätigkeit bereits an Kraft bedeutend verloren hatte, oft schon die nächste Wehe den Kopf vorrücken liess und die Geburt einen auffallend schnellen Fortgang gewann, nachdem der Steiss der Gebärenden im Vergleiche zur Lendenwirbelsäule durch untergelegte Polster stark gestreckt worden war.

R. Klien (Leipzig).

879. **Zur Indikationsabgrenzung zwischen extraperitonäalem Kaiserschnitt, Totalexstirpation nach Kaiserschnitt und Schambeinschnitt;** von Otto v. Franqué. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXIII. 1. 1908.)

v. Fr. giebt zunächst die ausführliche Beschreibung je eines in der Ueberschrift genannten Falles, dessen zum Theil interessante Einzelheiten im Originale nachzulesen sind. Erwähnt sei nur, dass in dem Falle, der schliesslich durch den Schamfugenschnitt und die Wendung und Extraktion beendet wurde, der vorher für einige Stunden eingelegte und mit Zug versehene Metreurynter eine am 7. Wochenbettstage in die Erscheinung tretende Blasenscheidenfistel bewirkt hatte; v. Fr. führt das auf falsche Zugrichtung (statt nach abwärts nach vorn) zurück. Uebrigens ging die Frau etwa am 24. Wochenbettstage an einer Lungenembolie zu Grunde; wahrscheinlich handelte es sich um eine Thrombosenbildung im Anschlusse an ein altes Unterschenkelgeschwür.

v. Fr. zieht folgende Schlüsse: „Wenn es sich bei engem Becken unter $7^1/_2$ cm Conjugata vera, wo die spontane Geburt eines ausgetragenen lebenden Kindes unwahrscheinlich ist, nicht um eine Schädellage handelt, bei welcher man die Chancen der Beckenerweiterung einigermaassen gut abwägen und nach derselben voraussichtlich die Geburt spontan verlaufen lassen kann, sondern um irgendwie complicirte und in ihrem Verlauf nicht sicher vorauszuberechnende Verhältnisse, dann ist es besser, auf den Schambeinschnitt ganz zu verzichten und statt seiner den extraperitonäalen Kaiserschnitt auszuführen." Einer der beschriebenen Fälle (Querlage mit vorzeitigem Blasensprunge und dadurch ungünstiger Fixation des Kindes durch den Uterus) ist ein typisches Beispiel für diese Indikation, wie dieses schon Pfannenstiel ausgesprochen hat. Es wird Aufgabe der nächsten Zukunft sein, eine Abgrenzung der Indikationen für den Schamfugenschnitt einerseits, für den extraperitonäalen Kaiserschnitt andererseits herbeizuführen. Auf Eines solle man sich aber heute bereits nicht mehr verlassen: dass in Folge bleibender Beckenerweiterung nach Schamfugenschnitt die folgenden Geburten spontan verlaufen; v. Fr. hat es jüngst erlebt, dass selbst eine bindegewebig gebliebene Narbe bei einer folgenden Geburt nicht nachgegeben hat und die Wiederholung des Schamfugenschnittes nothwendig wurde. v. Fr. erblickt mit Frank den *Fortschritt*, der im *extraperitonäalen Kaiserschnitte* liegt, gerade darin, dass er gestattet, *infektionsverdächtige* oder voraussichtlich nur *leicht inficirte* Frauen ihm zu unterwerfen. Man suche nur rein extraperitonäal zu operiren und wo das nicht gelingt, durch Vernähung des parietalen Blattes mit dem Peritonaeum des Uterus vor Eröffnung des letzteren die Uteruswunde extraperitonäal zu lagern, aber *dauernd*. Ausserdem *drainire* man. Nur für die Fälle von *schwerster* Infektion würde auch v. Fr. bei der Porro-Operation, bez. der *Totalexstirpation* des Uterus mit breiter Drainage nach unten bleiben, z. B. auch bei schwerer Putrescentia uteri.

R. Klion (Leipzig).

880. **Der vaginale Kaiserschnitt in der Praxis;** von Dr. A. Dührssen. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 40. 1908.)

D. wendet sich gegen die von Döderlein und Lunckenbein empfohlene Modifikation des vaginalen Kaiserschnittes, die darin besteht, dass die sagittale Spaltung der vorderen Lippe nicht auf die vordere Scheidenwand ausgedehnt wird. Die Verlängerung des Portioschnittes auf die vordere Scheidenwand hat den grossen Vortheil, dass sie die Harnblase, falls diese so weit her-

unterreicht, dem Auge freilegt, die Abrollung der Blase von Scheiden- und Uteruswand einleitet und erleichtert; das Einführen eines Spiegelblattes genügt zur völligen Ablösung. Man übersieht dann die weiter einzuschneidende Partie, nämlich die vordere Cervix- bez. Corpuswand, vollständig und kann sie auch hinterher bequem vernähen.

D. empfiehlt des Weiteren eine Combination der Metreuryse mit dem vaginalen Kaiserschnitt in der Weise, dass man bei liegendem und angezogenem Metreurynter die hintere und die vordere oder die vordere Cervixwand allein spaltet. Der mit der fortschreitenden Erweiterung tiefertretende Ballon bringt successive die noch zu durchtrennenden höheren Partien der Cervixwände in das Gesichtsfeld. Die Spaltung der vorderen Wand allein, die bekanntlich hauptsächlich von Bumm geübt wird, hält D. nur bei kleinen Früchten und guter Entfaltung des unteren Uterinsegmentes für angebracht. Der extraperitonaale Kaiserschnitt dürfte deshalb keine grössere Verbreitung gewinnen, weil sich viele Frauen, besonders im Privathause, weigern werden, sich den Leib aufschneiden zu lassen. Die früher von D. häufig geübten 4 Portioincisionen bei verstrichenem Collum will er neuerdings durch 2 Incisionen ersetzt wissen, von denen die hintere die hintere Lippe, die vordere in der eben beschriebenen Weise die vordere Lippe, das vordere Scheidengewölbe und noch ein Stück der supravaginalen Cervixpartie durchtrennt. Diese 2 Incisionen seien einfacher zu machen als 4, lägen in einem gefässärmeren Gebiete als die seitlichen und ausserdem trenne man durch die Fortsetzung des vorderen Schnittes in das Scheidengewölbe und die supravaginale Cervixpartie den Uterus von der Scheide und beuge dadurch einem gefährlichen Weiterreissen des Schnittes vor.

Als Ballon zur Metreuryse empfiehlt D. die beiden neuesten Modelle des medicinischen Waarenhauses in Berlin: sie besitzen einen grössten Durchmesser von 9½, bez. 10½ cm, sind sehr dünn und haltbar.

R. Klien (Leipzig).

881. **Zur Aetiologie der puerperalen Wundinfektion;** von Prof. Max Henkel in Greifswald. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXIII. 1. 1908.)

H.'s klinisch-bakteriologische Untersuchungen bieten eigentlich nichts Neues. Hervorgehoben sei nur, dass auch er sich von der Ueberflüssigkeit von Scheidenausspülungen überzeugte. Auf Grund dreier eigener und zweier Literaturfälle macht H. sodann auf die grosse Gefährlichkeit versteckter Eiterherde (z. B. in den Tonsillen, im Mittelohr, in der Mamma) für Kreissende und auch für sonst zu Operirende aufmerksam. Das mit der Operation oder der Entbindung verbundene Trauma, die hierbei erzeugte Wunde könne direkt oder indirekt zur Entstehung schwerster Sepsis führen.

R. Klien (Leipzig).

882. **Zur Thrombosenprophylaxe;** von Dr. Zurhelle. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXXII. 43. 1908.)

Bei der Kölner Naturforscherversammlung hatten sich zwei Parteien gebildet: die einen mit Veit an der Spitze, sehen als Aetiologie der Thrombose in erster Linie eine Infektion an und bekämpfen die neue Methode der aktiven Nachbehandlung Operirter, d. h. das Frühaufstehenlassen: die anderen, mit Krönig an der Spitze, halten für die häufigste und wichtigste Art der Thrombose die Form, die ohne Infektion rein mechanisch zu Stande kommt; sie sind die Vertreter der aktiven Richtung. Wenn Veit sich besonders auf von seinem Schüler Fromme ausgeführte Thierversuche stützt, so betont Z., dass diese nur bewiesen, was wir schon wissen, dass Infektion Thrombose machen *kann* und dass Anämie als begünstigendes Moment eine grosse Rolle dabei spielt. Kommen doch Thrombosen vor bei Individuen, bei denen gar kein operativer Eingriff gemacht worden ist. Sehr vom Uebel ist es nach Z.'s Ansicht ferner, dass das Frühaufstehen der Operirten zusammen abgehandelt zu werden pflegt mit dem der Wöchnerinnen. Ist es nach den bisherigen Erfahrungen dort wirklich gut, so scheint es hier sehr viel weniger am Platze zu sein.

Z. richtet zur Klärung der Verhältnisse an alle Aerzte, die Erfahrungen nach irgend einer Richtung hin, betr. Frühaufstehen oder Thrombosenbildung gesammelt haben, oder noch sammeln werden, diese Erfahrungen, falls sie nicht anderweit publicirt werden, ihm mitzutheilen, der sie zu einem Referat für einen der nächsten Congresse verarbeiten will.

R. Klien (Leipzig).

883. **Die Pathogenese der Eklampsie und ihre Beziehungen zur normalen Schwangerschaft, zum Hydrops und zur Schwangerschaftsniere;** von Dr. Dienst. (Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. p. 314. 1908.)

Auf Grund seiner früheren Arbeiten und neueren Untersuchungen legt D. in einer sehr umfangreichen Arbeit seine jetzigen, gegen früher modificirten Anschauungen über die Pathogenese der Eklampsie nieder.

Aus der Gefrierpunktsbestimmung des Eklampsieblutes geht hervor, dass die im Blute zurückgehaltenen Stoffe grossmolekulärer Natur sein müssen, also Eiweisskörper. Solche Eiweissstoffe könnten vom Fötus stammen. Es ergab sich aber, dass im mütterlichen Blute Eklamptischer weder die Albuminate, noch die Globuline vermehrt sind. Jedoch hat innerhalb der Globuline eine Verschiebung zu Gunsten des *Fibrinogens* stattgefunden. Die Quelle dieses vermehrten Fibrinogens musste nach den Untersuchungen D.'s in der Placenta, nicht aber im kindlichen Körper gesucht werden. War D. früher z. Th. auf Grund seiner Thierexperimente unbedingter Anhänger der fötalen Theorie der Eklampsie, so ist er heute der Meinung, dass jene Experimente, im richtigen Lichte besehen, eigentlich nur die Deutung zulassen, dass die Eklampsie nicht sowohl an das Schwangerschaftsprodukt als vielmehr an den Schwangerschaftszustand überhaupt gebunden ist. Die fötale Entstehungstheorie musste zusammenbrechen mit der von Hitschmann veröffentlichten Eklampsie bei einer Blasenmole im 5. Monate. Andererseits wies die Beobachtung der Eklampsie bei einer 5monatigen

Digitized by Google

Zwillingsschwangerschaft mit abgestorbenen Früchten bei partieller Blasenmole auf die Placenta als Quelle des Eklampsiegiftes hin. Aber auch damit war es nichts. Grossmolekuläre Stoffe — und nur solche kommen ja, wie eingangs festgestellt, in Betracht — können nur bei einer pathologischen Durchlässigkeit der Placenta in das mütterliche Blut gelangen. D. fand aber bei einer schweren Eklampsie einmal eine vollständig dichte, auch mikroskopisch normale Placenta.

Anknüpfend an die Thatsache, dass im Blute Eklamptischer das *Fibrinogen* vermehrt ist und dass dieses aus zerfallenden Leukocyten entsteht, machte D. die weitere Beobachtung, dass bei Eklampsie stets eine starke *Hyperleukocytose* besteht. Eine mässigere Hyperleukocytose ist auch in der normalen Schwangerschaft vorhanden. Sie dient zum Aufbau des kindlichen Körpers. D. vergleicht diese Hyperleukocytose mit der Verdauungshyperleukocytose und spricht von einer Art chronischer Verdauungshyperleukocytose der Placenta während der Schwangerschaft. Dabei müssen auch reichliche Leukocytenabfallstoffe aus dem intervillösen Blutraum in den allgemeinen Kreislauf treten. Dadurch wird *Fibrinogen* in *vermehrter Menge* frei und dieses kann schon die Leber sehr ungünstig beeinflussen und Störungen im Stoffwechsel lästiger Art hervorrufen, ferner aber auch das Endothel der Capillaren schädigen, so dass die Gefässe dann für Blutwasser durchgängig worden und *Oedeme* entstehen. So kommt es zum *Hydrops* der Beine, sodann zur Hydrämie und *Albuminurie*, ferner zwecks Aufrechterhaltung der Isotonie zur Retention von Kochsalz im Blute. Reichlich Kochsalz im Blute begünstigt aber die Fibrinbildung bei etwa im Uebermaas vorhandenen Fibringeneratoren. Wenn die geschädigte Leber die giftigen Globuline nicht mehr richtig spalten kann, so muss es zu einer immer grösser werdenden Anhäufung von Fibrinogen im Blute kommen. Setzen nun vollends Wehen ein und gelangen jetzt in Folge der Wehenarbeit die während der Ruhigstellung des Uterus in nennenswerther Menge im intervillösen Raume degenerirten Lekocytenzerfallsprodukte, oder die bei irgendwelchen, sub partu häufigen Stauungsvorgängen hinter dem intervillösen Raume gestauten und angesammelten Zerfallsprodukte der weissen Blutkörperchen, insonderheit auch das Fibrin*ferment* auf einmal in grösseren Mengen in das Blut, so werden durch diese plötzliche Zunahme des Fibrinogens und des Fibrinfermentes auch die Niere und die Leber erneut grossen Schaden nehmen. Zahlreiche Thromben und Nekrosen werden neben schwerer fettiger Degeneration des Parenchyms entstehen: Oligurie, Anurie, Convulsionen stellen sich ein (chron. Verlauf der Eklampsie). Erst recht aber und ganz plötzlich wird der eklamptische Zustand bei leukocytenreichen Erstgeschwängerten während des Gebäraktes entstehen müssen, wenn schwerere Cirkulationsstörungen bereits während der Schwangerschaft bestanden haben, z. B. Druck auf die Vena cava inferior.

Falls die von D. entwickelten Ansichten über die die Eklampsie erzeugenden Substanzen richtig sind, ist auch Hoffnung vorhanden, ein Heilmittel zu finden, sei dieses nun ein Antifibrinferment, sei es ein chemischer Körper (Hirudines). D. legt zum Schlusse dem Leser die Prophylaxe ans Herz: bei Knöchelödem und Hyperleukocytose, auch ohne Eiweiss im Urin, eiweissarme Diät.

R. Klien (Leipzig).

884. **Ueber den habituellen Ikterus gravis des Neugeborenen;** von J. Pfannenstiel. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 42. 43. 1908.)

Die Fälle sind nicht gar selten, in denen alle oder doch die meisten Kinder einer Familie gleich nach der Geburt an Ikterus erkranken und zum guten Theil sterben. Pf. ist diesen Fällen aus eigener Beobachtung und in der Literatur nachgegangen und stellt danach folgendes Krankheitsbild zusammen.

Die Kinder kommen kräftig und gesund zur Welt. Das Geschlecht spielt keine Rolle. Gleich nach der Geburt, meist schon am 1. Tage, setzt der Ikterus ein und nimmt oft sehr rasch hohe Grade an. Kein Fieber. Puls und Athmung normal. Darm katarrhalisch. Harn stark ikterisch. Frühzeitige Gehirnsymptome. Bei längerer Dauer hämorrhagische Diathese. Tod im Collaps.

Anatomisch findet man fast stets „Kernikterus" des Gehirns, stets Milzschwellung. Die Leber ist gross, ohne Besonderheiten. Keine parenchymatösen Degenerationen.

Aetiologie: Dunkel. Schwangerschafts- oder Geburtsstörungen, sowie Lues kommen gar nicht in Betracht. Sehr zu beachten ist, dass zwischen den bekannten leichten Formen von Ikterus neonatorum und diesen schwersten alle Uebergänge vorkommen. Also: Vorsicht. Das Auftreten von Hirnerscheinungen macht die Prognose sofort ungünstig.

Therapie: Auswaschen, entgiften. Viel trinken, subcutane Kochsalzinfusionen. Warme Bäder mit kühlen Abgiessungen. Warmhalten. Muttermilch.

Dippe.

885. **Ein Fall von Gonohämie beim Neugeborenen;** von Dr. A. Hamm in Strassburg. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. 1908.)

Trotz Einträufelung von Silbernitratlösung nach Credé direkt post partum trat bei einem Kinde am 7. Tage Blennorrhöe des linken Auges auf; 1—2 Tage später machten sich mehrere Abscesse im Unterhautzellengewebe bez. in den Sehnenscheiden bemerkbar, in denen culturell eine Reincultur von Gonokokken nachgewiesen wurde. Die Blennorrhöe ging auffallend schnell zurück, ebenso heilten die Abscesse nach Incision und Drainage in kurzer Zeit aus; hingegen dauerte die ausserhalb der Klinik aufgetretene und nicht ärztlich behandelte Entzündung des linken Handgelenkes mehrere Monate. Bei ihrem Rückgange traten zum ersten Male Allgemeinsymptome auf (Appetitlosigkeit, Fieber), einhergehend mit urticariellem Exanthem. Heilung des Kindes unter

Zurücklassung geringer Ankylose des rechten Daumens und nicht unbedeutender Atrophie der linken Hand.

H. ist der Ansicht, dass in solchen Fällen die Eingangspforte für die Gonokokken in den Körper in der Conjunktiva selbst zu suchen ist, nicht, wie Römer will, in der Nasenschleimhaut. Gehören doch gonorrhoische Erkrankungen der Nasenschleimhaut und des Thränensackes zu den „Kuriositäten", wogegen Deutschmann Gonokokken zwischen den Epithelzellen, sowie im subepithelialen Gewebe der Conjunktiva, meist im Leibe von Eiterzellen eingeschlossen, nachgewiesen hat. Ob hierfür lockere Zellenverbindung des Deckepithels oder epithelzerstörende Wirkung der Gonokokkentoxine ursächlich in Betracht kommt, muss dahingestellt bleiben.

Die Prognose solcher Gonohämien beim Säugling scheint eine recht günstige zu sein. Bisher sind nur 3 Todesfälle bekannt geworden. Im Uebrigen dauerten die metastatischen Entzündungen zwar Wochen, selten Monate an, aber fast immer kam es zur Restitutio ad integrum; auch Berichte über zurückbleibende Endokarditis konnte H. nicht auffinden. R. Klien (Leipzig).

886. **Beiträge zur chirurgischen Behandlung Neugeborener;** von Dr. Rud. Oeri jun. in Basel. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. 1908.)

1) *Schädelimpressionen:* Es wurden 3 Kinder mittels des Vicarelli'schen Pfropfenziehers behandelt. Das Instrumentchen gleicht einem jener kleinen Pfropfenzieher, wie sie den Eau de Cologno-Flaschen beigegeben werden. Man dreht den Pfropfenzieher direkt durch die Haut auf etwa $1^1/_2$ Windungen an der tiefsten Stelle der Impression durch den Knochen hindurch ein. Durch leichten Zug wurde die Impression jedesmal behoben. 2 Wunden heilten rasch per primam unter leichtem Deckverband, 1 Kind starb trotz Wiederbelebungsversuchen sehr bald an Wirbelsäulenfraktur; der Bohrer hatte keine Verletzungen gemacht. Der Eingriff ist also durchaus zu empfehlen als einfach, nicht schädlich, in einzelnen Fällen lebensrettend. Trichterförmige Impressionen sind geeigneter als löffelförmige.

2) *Extremitätenfrakturen:* Zur Behandlung von Humerusfrakturen hat sich ein von v. Herff construirter, in Abbildung vorgeführter, Suspensionsapparat sehr gut bewährt. Da der Apparat etwas theuer ist, fügt Oe. hinzu, dass er sich auch leicht improvisiren lasse. Wenn auch die Heilungsdauer nicht abgekürzt werde, so garantire doch der Apparat Heilung ohne Funktionsschädigung.

R. Klien (Leipzig).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

887. **Beitrag zur Fulgurationbehandlung maligner Tumoren;** von Dr. Kurt Schultze. (Münchn. med. Wchnschr. LV. 43. 1908.)

Ein neuer ungünstiger Bericht aus der Bier'schen Klinik. Von Heilungen ist gar keine Rede. Die Einwirkung auf Schmerzen und jauchende Geschwüre ist zuweilen günstig, kann aber viel einfacher und besser mit anderen Mitteln (Radium-, Röntgenstrahlen, Aetzmitteln) erreicht werden.

Dippe.

888. **Voluminoso lipoma colloide;** per il Dott. Alcide Laffranchi. (Rif. med. XXIII. 21. p. 573. 1907.)

L. exstirpirte ein seit 14 Jahren bestehendes, der linksseitigen Rückengegend aufsitzendes colloides Lipom, das 15 kg wog. Fischer-Defoy (Quedlinburg).

889. **Ueber die Ascaridenerkrankung in der Chirurgie;** von Dr. H. Miyake. (Arch. f. klin. Chir. LXXXV. 1. 1908.)

Die Ascaridenerkrankung ist in Japan ausserordentlich häufig. M. theilt 3 chirurgisch interessante Fälle mit: 1) Fall von Ileus verminosus bei einem 8jähr. Knaben; Operation; Tod im Collaps. 2) 20jähr. Kr., der unter der Diagnose Choledochusstein operirt wurde. Die Operation ergab einen Spulwurm, theils in der Gallenblase, theils in dem Duct. choledochus eingeklemmt. 3) 23jähr. Kr. mit einem sogen. Wurmabscess in der Bauchwand, aus dem zahlreiche Spulwürmer entleert wurden.

P. Wagner (Leipzig).

890. **Ueber die vom Ohr ausgehenden septischen Allgemeininfektionen;** von Prof. W. Kümmel in Heidelberg. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. III. Erg.-Bd. [Gedenkband f. J. v. Mikulicz.] p. 169. 1907.)

K. giebt 12 eigene Beobachtungen wieder, die er nach der von Körner und Eulenstein gegebenen Unterscheidung betrachtet. Nach diesen ist zu unterscheiden zwischen einer *pyämischen* und einer *septischen* Verlaufsform, von denen „die erstere vorwiegend durch die Metastasenbildung und das charakteristische pyämische Fieber, mit raschen Temperatursteigerungen und -abfällen, die letztere durch die excessiv stürmische Verlaufsweise, durch die schweren septischen Vergiftungserscheinungen, bei hohem, mehr continuirlichem Fieber gekennzeichnet ist. Bei der pyämischen Verlaufsform unterscheidet Körner noch die an jungen Individuen vornehmlich beobachtete, sich regelmässig an akute Otitiden anschliessende prognostisch relativ günstige Form, bei der die Metastasen nicht, wie bei der gewöhnlichen pyämischen Form, vornehmlich in den Lungen, sondern in den Gelenken, Schleimbeuteln und Muskeln auftreten."

Von den 12 Patienten starben 4, 2 an den Folgen der Metastasirung, 1 an Kleinhirnabscess und 1 an Contaktinfektion der Meningen und gleichzeitiger Nephritis.

Unter den Symptomen fand K. zweimal *Schmerzen beim Schlingen* (ohne Veränderungen im Larynx oder Pharynx), ein Symptom, das schon ziemlich oft beschrieben, aber in seiner Wichtigkeit für die Diagnose der Bulbusphlebitis nicht immer genügend gewürdigt worden ist. In beiden Fällen war es deutlich vorhanden und in beiden war auch der Bulbus erkrankt.

Zweimal wurde eine *Druckschmerzhaftigkeit im Jugularisverlauf* gefunden, ohne dass eine Jugularis-

Digitized by Google

erkrankung nachzuweisen war; dagegen waren erhebliche Drüsenschwellungen am Halse vorhanden, die wohl auch die Schmerzen hervorrufen konnten.

Von grösster Wichtigkeit ist natürlich die Körpertemperatur, und der *Fiebertypus* ist bis zu einem gewissen Grade diagnostisch verwerthbar.

Bei dem therapeutischen Vorgehen darf ein bestimmter Modus nicht befolgt werden, vielmehr ist ein sorgsames Individualisiren unbedingt erforderlich. Die Eröffnung des Warzenfortsatzes wird in allen Fällen nöthig sein, schon aus dem Grunde, um festzustellen, ob Erkrankungen irgendwo bis an die Querblutleiter heranreichen. Je nach dem Befunde wird dann die Operation nach der einen oder anderen Seite ausgedehnt werden müssen. Jos. Bayer (Köln).

891. **Hirnchirurgische Mittheilungen**; von Prof. Krönlein. (Arch. f. klin. Chir. LXXXI. 1. 1906.)

I. *Zur Diagnose und Therapie der subduralen Hämatome.* Mittheilung eines Falles von circumscripter Contusion der Hirnrinde im Bereich der rechtsseitigen motorischen Region. Es war möglich, mit grosser Wahrscheinlichkeit die richtige Diagnose auf ein subdurales Hämatom als Folge einer Quetschung der Hirnrinde an bestimmtem Orte zu stellen und daraufhin noch zeitig genug die rettende Operation auszuführen.

II. *Erfolgreiche Exstirpation eines malignen Glioms des Grosshirns.* 30jähr. Frau, bei der die klinische Diagnose mit voller Bestimmtheit auf einen Tumor regionis praerolandicae sin. cerebri gestellt werden konnte. Obwohl es sich um keinen scharf begrenzten, sondern um einen diffus infiltrirenden Hirntumor handelte, ein *Glioma* malignum, hatte die Exstirpation zunächst einen vollständigen Erfolg errungen; doch schon ca. 10 Monate nach der Operation wieder ein Recidiv eingetreten zu sein. P. Wagner (Leipzig).

892. **Zwei Fälle von Hirntumor**; von Prof. Tilmann. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXV. 1906.)

Der 1. Fall betraf einen 10jähr. Knaben mit *Gliom im rechten Stirnhirn*; Exstirpation. Obwohl schon Erblindung in Folge lange bestehender Stauungspapille eingetreten war, gelang es, den Kr. doch noch der jetzt schon 8 Monate anhaltenden *Heilung* zuzuführen. In dem 2. Falle — 14jähr. Mädchen —, in dem die klinische Diagnose auf einen Hydrocephalus internus gestellt worden war, wurde als Palliativoperation die Craniektomie mit Ventrikelpunktion vorgenommen. Vorübergehender Erfolg; *Tod* 1 Monat später. Die *Sektion* ergab ein *Kleinhirn-Gliom*, das den Eingang in den 4. Ventrikel verlegt hatte. P. Wagner (Leipzig).

893. **Ein operativ geheilter Tumor des Occipitallappens des Gehirns**; von Dr. H. Oppenheim und Dr. F. Krause. (Berl. klin. Wchnschr. XLIII. 51. 1906.)

35jähr. Kr. mit Kopfschmerzen, Schwindel. Erbrechen, doppelseitiger, aber rechts ausgesprochenerer Stauungspapille, rechtsseitige Hemianopsie, Hemihypästhesie, Hemiataxie und Hemiparese. *Diagnose: Neubildung im Bereiche des linken Occipitallappens.* Interne Mittel ohne jeden Erfolg; deshalb *operative Behandlung* durch Krause. Zweizeitige Operation. 1. Akt: Freilegung der Occipitalgegend der Dura. 2. Akt 16 Tage später: stumpfe Exstirpation eines scharf abgegrenzten, eiförmigen Spindelzellensarkoms, dessen Maasse 32:55:58 cm betrugen. Nach der Operation schwere Erscheinungen von Hyperthermie. *Heilung.* In den nächsten Wochen Zurückgehen sämmtlicher Hirnerscheinungen. Starke Gewichtszunahme. P. Wagner (Leipzig).

894. **Tumor des Occipitallappens des Gehirns, durch Operation geheilt**; von Dr. H. Denks. (Beitr. z. klin. Chir. LV. 1. 1907.)

27jähr. Kr. mit birnenförmigem, von der Dura ausgehendem Spindelzellensarkom, das auf Grund der Symptome — totale rechtsseitige Hemianopsie, beiderseitige Stauungspapille — in dem linken Occipitallappen vermuthet wurde. Operation (Kümmell); vollkommen stumpfe Exstirpation des Tumors. *Heilung*, bisher 4 Monate lang. Wesentliche Besserung des Sehvermögens. P. Wagner (Leipzig).

895. **Zur Frage der operativen Behandlung der idiopathischen Epilepsie**; von Dr. Kotzenberg. (Beitr. z. klin. Chir. LV. 1. 1907.)

In der Kümmell'schen Abtheilung wurden von 1896—1906 16 Kranke wegen genuiner Epilepsie trepanirt. In allen diesen Fällen handelte es sich um wirklich genuine Epilepsie mit gesunder Dura und Gehirnoberfläche. Für die Nachuntersuchung kommen 13 Kranke in Betracht, von denen 1 bald nach der Operation starb. Bei 2 Kranken wurde eine *definitive Heilung* erzielt, die sich jetzt auf 11 Jahre erstreckt. In beiden Fällen hat es sich um wirklich idiopathische Epilepsie gehandelt, denn die allerdings vorhandenen Traumen waren, wie sich bei der Operation herausstellte, nur oberflächlicher Natur gewesen. Auch Reflexepilepsie liess sich in diesen Fällen ausschliessen, da eine Excision der Narben nicht vorgenommen wurde. In 3 Fällen, die nun auch schon 3—4 Jahre zurückliegen, wurde entschiedene Besserung, in einem vielleicht Heilung erzielt. 6 Kranke wurden durch die Operation nicht beeinflusst; 1 Fall ist unsicher. P. Wagner (Leipzig).

896. **Contributo alla chirurgia cerebrale (lobi frontali)**; pel Francesco Serrentino, Napoli. (Rif. med. XXII. 40. p. 1107. 1906.)

Ein Arbeiter mit Depressionsfraktur der rechten Stirnbeinhälfte wurde wegen Jackson'scher Epilepsie am 16. Tage nach dem Unfalle trepanirt. Die Meningen waren verletzt. Nach Entfernung von Blutgerinnseln und erweichter Gehirnsubstanz blieb im rechten Stirnlappen ein taubeneigrosser Defekt. Der Operirte wurde geheilt entlassen. Ihm fehlte die Erinnerung an die Zeit nach dem Unfalle bis zum 15. Tage nach der Operation. Fischer-Defoy (Quedlinburg).

897. **Subcutane Dauerdrainage der Hirnventrikel beim Hydrocephalus**; von Prof. F. Krause. (Berl. klin. Wchnschr. XLV. 25. 1908.)

Kr. hat 3mal beim *chron. Hydrocephalus* die Dauerdrainage des Seitenventrikels vom Scheitelbeine oder von der Schläfenbeinschuppe, 1mal, um jede Verletzung der Centralregion zu umgehen, die des Hinterhorns von der Hinterhauptschuppe aus, vorgenommen. Ob hierdurch Heilung eintreten kann, wird sich erst nach Jahren feststellen lassen. Ob die Methode auch beim *akuten Hydrocephalus* An-

wendung finden darf, muss die Zukunft lehren. Eine weitere Frage ist, ob man sich bei verknöcherten Schädelnähten, also bei vollkommen starrer Schädelkapsel, mit der Dauerdrainage begnügen soll, oder ob man nicht besser thut, zur rascheren Beseitigung des vermehrten intracraniellen Druckes eine Ventilbildung hinzuzufügen. Dieses Verfahren hat Kr. bei einem 16jähr. Mädchen eingeschlagen. Die Kanüle ist reizlos eingeheilt und liegt 4 Monate.

P. Wagner (Leipzig).

898. **Einige Betrachtungen über die Lumbalpunktion bei Schädelbrüchen;** von Dr. I. Jianu in Bukarest. (Spitalul. XXVIII. 8. p. 160. 1908.)

Die Lumbalpunktion spielt eine wichtige Rolle in der Diagnose der Schädelbrüche; ist die entleerte Flüssigkeit blutig, so kann fast mit Sicherheit ein Bruch des knöchernen Schädelgerüstes angenommen werden. Es kann aber vorkommen, dass man bei der einen Punktion eine klare, bei einer anderen eine blutige Flüssigkeit erhält und J. hat die Beobachtung gemacht, dass hierbei die Haltung des Patienten eine ausschlaggebende Rolle spielt, indem man positive Resultate hauptsächlich bei in sitzender Haltung vorgenommenen Punktionen erhält. Auch ist es von Wichtigkeit, eine grössere Menge cephalo-rhachidianer Flüssigkeit (etwa 30 ccm) abfliessen zu lassen, da die ersten Portionen oft vollkommen klar sind. E. Toff (Braila).

899. **Ein Beitrag zum traumatischen extraduralen Hämatom;** von Prof. Enderlen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXV. 1906.)

In den reinen Fällen von Compressio cerebri ist die Anzeige zum Eingriffe klar und deutlich gegeben; anders verhält es sich aber, wenn man über die Art der Gehirnläsion in Zweifel ist. Es ist Kocher unbedingt beizustimmen, wenn er räth, diejenige anzunehmen, die die dringlichste therapeutische Indikation darbietet. Leider fehlen uns, wie E. an einer Reihe von Beispielen zeigt, sehr häufig gerade die am meisten charakteristischen Symptome des Hirndruckes. Diese abwarten zu wollen, ist nicht erlaubt. Je später die Trepanation ausgeführt wird, desto ungünstiger sind die Aussichten dafür, dass sich das geschädigte Hirn erholt. Die Anzeige zur Trepanation im frühen Stadium ist dann gegeben, wenn, besonders nach einem Schädeltrauma, bleibende und zunehmende Zeichen schwerer Funktionsstörung vorhanden sind, auch dann, wenn nichts anderes als die direkten Herdsymptome vorliegen. P. Wagner (Leipzig).

900. **Hyperalgetische Zonen bei Schädel- und Gehirnverletzungen;** von Dr. Vorschütz. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LXXXVIII. 1—3. 1907.)

Im Anschlusse an die Mittheilungen von Wilms und Milner berichtet V. aus der chirurg. Abtheilung von Tilmann über 12 Kranke mit Schädel- und Gehirnverletzungen, die ausgesprochene hyperalgetische Zonen aufwiesen. Die im Innern des Schädels stattfindenden Verletzungen projiciren sich nach aussen auf die Haut als Hyperalgesien, bez. als Hyperästhesien. Umgekehrt können wir aus den Hauthyperästhesien auf eine Verletzung des Schädelinnern schliessen, allerdings nur mit der Einschränkung, dass wir bestimmen können, ob die Verletzung der rechten oder der linken Schädelhälfte angehört. Es scheint demnach, dass sich das sympathische Geflecht, das die Blutgefässe begleitet, scharf in links und rechts theilt, wenn auch durch die Blutgefässe Communikationen zwischen rechts und links bestehen.

Haben die hyperalgetischen Zonen schon ein wissenschaftliches Interesse, so werden wir ihre wichtige Bedeutung für die Unfallheilkunde nicht ausser Zweifel stellen können. Bestehen noch Hyperästhesien, dann ist es selbstverständlich, dass sie nur von Stellen im Innern des Schädels ausgelöst werden, die noch einen Reiz, eine gewisse Ueberempfindlichkeit bieten, denn sonst wäre die Hyperästhesie nicht möglich. Es soll nicht gesagt sein, dass bei sämmtlichen Schädelbasisbrüchen und Gehirnerschütterungen die Zonen vorkommen müssen. Sie sind nur denkbar, wenn neben den beiden erwähnten Verletzungen auch noch Gehirnläsionen im grob anatomischen Sinne vorhanden sind. P. Wagner (Leipzig).

901. **Zur Kenntniss der hyperalgetischen Zone nach Schädelverletzungen;** von Dr. Paul Clairmont. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 1. p. 59. 1908.)

Cl. giebt in einer geschickt zusammengestellten Tabelle das bisher hierüber Beobachtete wieder. Zweifellos bestehen zwischen der Art der Verletzung und dem Auftreten der hyperalgetischen Zone bestimmte Beziehungen.

Cl. selbst fand in einem Falle 3 Wochen nach Schuss in die Schläfe bei extracraniellem Schusskanale und Sitz des Projektils im hintersten Theile der rechten Orbita, neben vorübergehender Sehstörung, Lähmung des N. oculomotorius, trochlearis und abducens eine symmetrische hyperalgetische Zone an Hals und Brust, wahrscheinlich als Folge einer Verletzung der Radix sympathica des Ganglion ciliare; und in einem 2. Falle nach leichter Hirnerschütterung eine einseitige parästhetische und hyperästhetische Zone am Scheitel. Dippe.

902. **Nuovo processo per la sezione del nervo mascellare superiore nella fossa pterigomascellare;** per il Dott. Fausto Orestano, Palermo. (Rif. med. XXIII. 30. p. 821. 1907.)

Die neue Methode, den 2. Ast des Trigeminus in der Fossa pterygo-palatina zu reseciren, gründet sich auf einen Schnitt, der von der Gegend des Foramen infraorbitale senkrecht nach unten geht, dann in der Fossa canina horizontal nach hinten abbiegt und ca. 2 cm hinter dem Vorderrande des M. masseter endigt. Zwischen M. masseter und buccinatorius, vor dem Bichat'schen Fettklumpen, der durch den eindringenden Finger nach unten gehalten wird, kann man durch die Fossa zygomatica in die Fossa pterygo-palatina gelangen.

Fischer-Defoy (Quedlinburg).

903. **Die Cricotomie zur Entfernung subglottischer Kehlkopfpapillome bei kleinen Kindern und die Verhütung der Papillomrecidive durch innerliche Gaben von Arsenik;** von Prof. O. Körner in Rostock i. M. (Ztschr. f. Ohrenhkde. u. s. w. LV. 1 u. 2. p. 41. 1908.)

Der Titel giebt den Inhalt der Abhandlung; *eine* Krankengeschichte. Die Cricotomie wird ohne Tracheotomie ausgeführt, die Wunde sofort verschlossen. Die Arsenikkur zur Verhinderung der Recidive muss Monate lang durchgeführt worden.

Hochheim (Halle a. d. S.).

904. **Ueber das erschwerte Dekanulement;** von Dr. Oelsner. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31. 1908.)

„Als prophylaktische Maassnahmen gegen das erschwerte Dekanulement sind eine technisch einwandsfreie Tracheotomia inferior und möglichst frühzeitige Dekanulementsversuche angezeigt. Bei der Behandlung des erschwerten Dekanulements ist auf die Gewohnheitsparese der Kehlkopferweiterer mehr Gewicht zu legen. Systematische Versuche, dieso an ihre Thätigkeit wieder zu gewöhnen und zu kräftigen, sind Wochen und Monate hindurch fortzusetzen, ehe man sich entschliessen darf, ein Kind mit der Kanüle für Jahre aus der Behandlung zu entlassen." Dippe.

905. **Treatment of laryngeal stenosis, including intubation by the dorsal method;** by Louis Fischer. (New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. p. 193. Aug. 1. 1908.)

Eine Larynxstenose ist ein Zustand, der die höchste Aufmerksamkeit erheischt. Die meisten Fälle von Larynxstenose fallen der Diphthorie zur Last. Hierbei entsteht die Stenose *nie* plötzlich, sondern allmählich im Laufe von Tagen. Bei einem Erstickungsanfalle muss sofort intubirt oder tracheotomirt werden. Die Intubation macht F. beim liegenden Patienten, und zwar ohne jede Gewalt, weil anderenfalls Verletzungen nicht ausbleiben. Kommt die Cirkulation hierauf noch nicht in Gang, so wird ein Senffussbad gegeben und eventuell noch ein Salzwasserklystier (115—120° F.). Die Tube bleibt höchstens 5 Tage liegen; muss sie öfter als 2mal eingeführt werden, so wird sie in heisse Gelatinelösung eingetaucht, die 25% Alaun enthält. Auf diese Weise sollen die Ulcerationen durch Aetzung zur Heilung gebracht werden. Aufgeregte Patienten müssen vorher durch Brom und Codein beruhigt werden. Hochheim (Halle a. d. S.).

906. **Zur Spätasphyxie nach totaler Kehlkopfexstirpation;** von W. Mintz in Moskau. (Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41. 1908.)

Nach totalen Kehlkopfexstirpationen entstehen in manchen Fällen Gerinnsel im Bronchialbaume, die lange Zeit (bis 4½ Jahre) symptomlos bleiben können, aber im Momente der Mobilisirung asphyktische Erscheinungen hervorrufen, die nach Expektoration bedeutender Gerinnselmassen verschwinden. Als Quelle der Blutung wird die granulirende Hauttrachealstumpfgrenze angesehen.

Hochheim (Halle a. d. S.).

907. **Zur Klinik und Behandlung der Halswirbelschüsse;** von Dr. A. Hofmann. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 4—6. 1908.)

In die Greifswalder Klinik wurde ein 24jähr. Kr. mit Diagonalschuss durch den Hals und Verletzung des 5. Halswirbelkörpers aufgenommen. Freilegung der Halswirbelsäule; Extraktion von Knochensplittern und der Kugel; spätere Sequesterentfernung. *Heilung* ohne Lähmungen und Sensibilitätsstörungen. H. hat ausser seiner Beobachtung 25 Fälle von Schussverletzungen der Halswirbelsäule zusammengestellt: 13 Kr. wurden nicht operirt (71.0% Mortalität); 13 Kr. wurden operirt (15.3% Mortalität).

P. Wagner (Leipzig).

908. **Ueber Schiefhalsbildung und Wirbelsäulenverkrümmungen bei dyspnoetischen Strumen;** von Dr. K. Heuschon. (Arch. f. klin. Chir. LXXXIII. 3. 1907.)

Die funktionellen, bez. osteopathisch-funktionellen Verkrümmungen, die nachweislich durch eine Struma veranlassten, vollständig oder unvollständig ausgleichbaren oder gar fixirten Haltungsstereotypien und Deformitäten der Kropfigen haben, da es sich meist um verhältnissmässig geringfügige Anomalien handelt, das Interesse der Orthopäden und Chirurgen noch nicht auf sich gelenkt. Aber gerade bei den infantilen und congenitalen Compressionsstrumen kann bei Erkenntniss der Sachlage durch eine zweckmässige Kropftherapie verhütet werden, dass der kindliche Knochen in die abgeänderte Form und Haltung hineinwächst. P. Wagner (Leipzig).

909. **Ueber Mastitis chronica cystica;** von Dr. F. Lichtenhahn. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XC. 4—6. 1907.)

L. berichtet über 5 Fälle von Mastitis chronica cystica, die er im Kaufmann'schen pathologisch-anatomischen Institute histologisch genau untersucht hat. Er schliesst sich der König'schen Ansicht an, dass es sich in diesen Fällen nicht um eine wirkliche Geschwulst, sondern um eine besondere Form der chronischen Mastitis handelt.

P. Wagner (Leipzig).

910. **Ueber Behandlung von Augenverletzungen;** von Prof. O. Lauge. (Samml. zwangl. Abhandl. aus d. Geb. d. Augenhkde. VII. 5. 1908.)

Die klar geschriebene Abhandlung giebt dem praktischen Arzte beherzigenswerthe Fingerzeige für sein Verhalten bei den häufiger vorkommenden Augenverletzungen. Er erfährt hier aufs Neue, dass er zu seinem eigenen und seines Kranken Besten jede nur irgendwie verdächtige Augenverletzung schleunigst dem nächsten Augenarzte überweisen soll. Bergemann (Husum).

Digitized by Google

911. **Angeborener doppelseitiger Exophthalmus;** von Dr. Bertram. (Arch. f. Augenhkde. LIX. 4. p. 338. 1908.)

Das äusserst seltenn Vnrkommniss betraf ein Neugeborenes, bei dem am 7. Lebenstage der rechte Augapfel vollständig aus der Augenhöhle heraustrat. Die *Sektion* zeigte als Ursache des doppelseitigen Exophthalmus nicht eine Geschwulst, wie man erwartete, sondern eine durch frühzeitige Verknöcherung der Schädelnähte hervorgerufeno Verkleinerung der Augenhöhlen, „wobei gewissermaassen das zu grosse Gehirn selbst din Stelle eines Tumors vertreten hat. Die Augen hatten also keinen Platz in ihren Höhlen und mussten daher vortreten. Beim Schreien trat einn Ueberfullnng der Blutgefässe, namentlich im Sinus cavernosus auf, das Hirn drückte auf die papierdünne Knochenwandung der Augenhöhlen und trieb das am meisten vorstehendo rechte Auge aus dor Orhita vollständig heraus." Für Rachitis und Syphilis waren keinn Anhaltepunkte vorhanden.

Bnrgemann (Husum).

912. **Sehnervenerkrankung bei Schwangerschaft;** von Dr. Weigelin. (Arch. f. Augenhkde. LXI. 1. p. 1. 1908.)

Im Zusammenhange mit einer kurzen Literaturübersicht berichtet W. über 6 klinische Beobachtungen aus der Tübinger Augenklinik. Die Sehnervenerkrankung trat gewöhnlich in einer späteren Schwangerschaft auf und zwar waren der 4. bis 7. Schwangerschaftsmonat besonders bevorzugt. Die Sehstörung betraf alle Grade von geringer Beeinträchtigung des Sehens bis zur Erblindung. Regelmässig äusserte die Beendigung der Schwangerschaft eine günstige Wirkung, sei es durch künstliche oder Spontangeburt. Besonders auffallend war der Rückgang einer 21 Tage lang bestehenden Erblindung nach künstlicher Frühgeburt. Unverkennbar war der schädliche Einfluss ernenter Schwangerschaften. Bei dem sicheren Ausschluss irgendwelcher sonstigen körperlichen Erkrankungen und der Rückfälligkeit des Sehnervenleidens durch erneute Schwangerschaften hält W. den ursächlichen Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und der Sehnervenerkrankung für unanfechtbar. Das Wesen der Krankheit ist noch unaufgeklärt. Das beste Heil-, bez. Vorbeugungsmittel ist die frühzeitige Beendigung, bez. die Verhütung erneuter Schwangerschaft. Bergemann (Husum).

913. **Zur Photographie des menschlichen Augenhintergrundes;** von Dr. Hugo Wolff. (Arch. f. Augenhkde. LIX. 2. p. 115. 1908.)

W. erörtert eingehend die theoretischen Erwägungen, auf deren Grundlage sein Verfahren anfgebaut ist. Die genau beschriebene Anwendungsweise sniner phntographischen Einrichtungen ermöglicht nach Auswes der beigegebenen Bilder eine verhältnissmässig schnelle und zuverlässige Wiedergabe des Augengrundes, wie sie für manchen wissenschaftlichen und praktischen Zweck erwünscht ist.

Bergemann (Husum).

914. **An investigation into the frequency and significance of optic neuritis and after vascular changes in the retinae of patients suffering from purulent disease of the middle ear;** by Stoddard Harr and John Rawan. (Brit. med. Journ. Nov. 23. 1907.)

B. u. R. stellten unter 100 an eitriger Mittelohrerkrankung Leidenden bei 6 Schnervenentzündung fest und bei 21 Gefässveränderungen „nicht weit ab von Sehnervenentzündung", für deren Entstehung keine andere Ursache als das Ohrleiden nachweisbar war. Die mit den Augenveränderungen vergesellschafteten Ohrerkrankungen waren schwerer und verliefen ungünstiger als andere. Deshalb sollen die Augenzeichen als unterstützende Merkmale für die Anzoige der Radikaloperation gelten. Bessern sich die Augenerscheinungen, dann ist Aussicht auf günstigeren Ausgang des Ohrleidens, bez. auf Vormeidung der Operation.

Bergemann (Husum).

915. **Les altérations du ganglion de Gasser et de la Vie. paire au cours des inflammations de l'oreille moyenne;** par L. Baldenweck. (Ann. d'Oculist. p. 246. Avril 1908.)

B. richtet seine Aufmerksamkeit auf den Symptomencomplex. den Gradenigo bei dem Congress in Bordeaux 1904 als typisch hervorgehoben hat und der seither bei den französischen Autoren als „syndrome de Gradenigo" bezeichnet wird. Es handelt sich dabei um eine akute Mittelohreiterung (mit oder ohne äussere Eiterung, mit oder ohne Reaktion am Warzenfortsatze), Lähmung des N. abducens derselben Seite und sehr heftige nud ausserordentlich hartnäckige Schmerzen in der Stirn-, Schläfen- und Scheitelbeingegend derselben Seite. B. schildert auf anatomischer Grundlage das Fortschreiten einer Eiterung bis zur Spitze der Felsenbeinpyramide, wie sie sich sowohl in den Zellen des Knochens abspielen, als auch entlang den Gefässen weiterkriechen kann, sowie die Infektion vom Sinus aus, die das Ganglion Gasseri ergreift. Andererseits verfolgt er den Weg, den die Infektion bis zum N. abducens zu nehmen hat. Die Lähmung des Abducens ist allerdings eine seltene Erscheinung bei Mittelohreiterungen. Die Abducenslähmung beruht entweder auf einem extraduralen Abscesse, der wohl auch durch die Caries des Felsenbeines hervorgerufen wird, oder auf einer Meningitis. Bei den eitrigen, *akuten fortschreitenden Entzündungen* handelt es sich um schwerste Erkrankungen mit bedrohlichen Allgemeinerscheinungen und ernster Prognose, bei denen es oft nicht gelingt, trotz Operation, dem Eiter genügend freien Abfluss zu schaffen. Dagegen gab Gradenigo nach seinen Beobachtungen für den von ihm gekennzeichneten Symptomencomplex die Prognose quoad vitam als günstig an. Das Allgemeinbefinden ist dabei ein besseres, daher treten die charakteristischen Symptome besonders hervor. Doch handelt es sich auch hier nach B.'s Beobachtungen um eine ernste Erkrankung, die wohl eine ähnliche Infektion darstellt, in weniger akuter Form

auf den gleichen Bahnen fortschreitend. B. giebt eine Krankengeschichte eines 20jähr. Pat. mit dem Gradenigo'schen Symptomencomplex, die trotz anfänglich leichten Verlaufes doch plötzlich mit dem Tode endete. Die Sektion ergab wie in allen bisher bekannten derartigen Fällen eine Knochenerkrankung an der Spitze des Felsenbeines, die vom Mittelohr ausgegangen war. F. Schoeler (Berlin).

C. Bücheranzeigen.

52. **Ueber den Ursprung des melanotischen Pigments der Haut und des Auges;** von Dr. E. Meirowski. Leipzig 1908. Dr. Werner Klinkhardt. Gr. 8. VIII u. 123 S. nebst 8 farbigen Tafeln. (15 Mk.)

Durch Untersuchungen über die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut kam M. dazu, sich eingehend mit dem Pigment der Epidermis zu beschäftigen. Wer selbst sich auf diesem Gebiete einmal versucht hat, wird wissen, wie zerstreut die einzelnen Arbeiten hierüber sich finden; es kann daher wohl ein verdienstliches Werk genannt worden, dass M. seine Resultate unter umfassender Würdigung der Literatur (sein Verzeichniss zählt 133 Nummern) zu einer Monographie ausgearbeitet hat, die unsere Gesammtkenntnisse dieses Stoffes in sich begreift.

Nach einer historischen Einführung kommen einerseits die Anschauungen zur Geltung, die im Oberhautpigment ein eingewandertes Produkt der Cutis sehen, andererseits die Autoren, die jenes als autogen in der Cutis entstandenes Pigment ansehen wollen.

Letzteren schliesst sich M. an: Bei Belichtung menschlicher Haut mit der Finsenlampe kommt es zu starker Pigmentbildung, ohne dass ein einziger Melanoblast aufzutreten braucht; auch bei der Belichtung von Narben, die nach Ehrmann pigmentlos bleiben müssten, weil die Melanoblasten zerstört sind, kommt es zu reichlicher Pigmentbildung. Es sind also diese verzweigten Zellen der Epidermis und Cutis zum Zustandekommen des Epidermispigmentes nicht nothwendig; wo sie zur Beobachtung kommen, sind sie nicht als Uebermittler des Pigmentes, sondern als besonders mit der Pigmentbildung begabte Zellen aufzufassen. Da die Pigmentbildung in der Epidermis ohne Melanoblasten und ohne Betheiligung der Cutis möglich ist, so ist damit auch die Unabhängigkeit des Epidermispigmentes vom Pigmente der Cutis erwiesen.

Der 2. Theil des Buches behandelt unter der Ueberschrift „Die Muttersubstanzen des Pigmentes" zunächst die Beziehungen des Kernes zur Pigmentbildung, soweit dafür Literaturangaben vorliegen. Nach M.'s Untersuchungen findet sich in den Kernen eine Substanz, die bei Färbung mit Unna-Pappenheim'scher Methylgrün-Pyronin-Lösung durch Pyronin roth gefärbt und bei Einwirkung des Lichtes auf die Haut vermehrt wird. Diese „rothe Substanz" geht durch die Kernmembran in's Protoplasma über und wandelt sich in Pigment um; es ist dieses nach M. dieselbe Kernsubstanz, die in anderen Fällen zur Mastzellengranulation führt, und er ist der Ansicht, dass Mastzellengranulationen in Pigmentkörner übergehen können. Diese rothe Substanz nennt M., weil sie färberisch dieselbe Reaktion zeigt wie das Pyronin (= Plastin = Nucleolarmasse), pyrenoide Substanz; sie wird nicht unter allen Umständen zu Pigment, sondern ist nur eine Vorstufe dazu; damit aus ihr Pigment werde, muss noch ein Plus, ein Agens, hinzukommen, als das M. ein Ferment mit oxydativen und eiweissspaltenden Eigenschaften glaubt annehmen zu dürfen. Brauns (Dessau).

53. **Die nervösen Erkrankungen des Geschmackes und Geruches;** von Prof. Dr. L. v. Frankl-Hochwart. 2. Aufl. Wien u. Leipzig 1908. Alfred Hölder. Gr. 8. VI u. 96 S. mit 14 Abbild. (2 Mk. 80 Pf.)

Die 2. gänzlich umgearbeitete Auflage des bekannten Buches von v. Fr.-H. zerfällt in folgende Abschnitte: Physiologie des Geschmackes. Die den Geschmack vermittelnden Nerven. Methodik der Prüfung. Vorkommen der nervösen Störungen des Geschmackes (Agensien, die Hyperalgesie und Hyperästhesie, Paragensien). Die Physiologie des Geruches, Untersuchungsmethoden. Die Anosmie, Hyperosmie und Parosmie. Besonders gelungen scheint dem *Ref.* das Capitel „Die den Geschmack vermittelnden Nerven", in dem der heutige Stand unserer Kenntnisse dieser immer noch recht schwierigen Materie eine ausgezeichnete Darstellung gefunden hat. Beiden Hauptabschnitten folgt eine kurze Therapie. Ein fast 9 Seiten umfassendes, bis auf die neueste Zeit fortgeführtes Literaturverzeichniss schliesst das Buch ab.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

54. **Ueber das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei Hirnkrankheiten;** von Prof. Dr. Emil Redlich und Dr. Giulio Bonvicini. Leipzig u. Wien 1908. Franz Deuticke. Gr. 8. 133 S. (3 Mk.)

R. u. B. besprechen eingehend die einschlägige Literatur und schildern ausführlich 3 eigene Beob-

achtungen (grosser Balkentumor, Endotheliom der Dura an der Basis des Gehirns in der Brückengegend, 1 Fall [nur klinisch beobachtet] von fast sicherer Erweichung in beiden Parietal- und Occipitallappen) und kommen zu folgenden Schlussfolgerungen: Das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit ist eine nicht allzu seltene Erscheinung, die viel mehr Beachtung verdient, als sie bisher gefunden hat. Die Störung der Wahrnehmung dieses Sinnesdefektes kommt vorwiegend in Fällen von doppelseitiger cerebraler Hemianopsie mit vollkommener Blindheit vor, aber auch da, wo noch Spuren von Lichtempfindung im peripherischen Gesichtsfeldo vorhanden sind. Das Symptom wird aber nicht nur bei Hirnblindheit in Folge von doppelseitiger Erkrankung der Occipitallappen, sondern auch in Fällen von Blindheit in Folge von Allgemeinerkrankungen des Gehirns gefunden. Die Nichtwahrnehmung der Blindheit braucht keine constante Erscheinung zu sein, sie kann vielmehr auch intermittirend auftreten. Das Symptom ist weder durch die Annahme einer dauernden Vernichtung aller Gesichtswahnehmungeu und Vorstellungen oder durch die vollständige Zerstörung und Ausschaltung der optischen Centren und Bahnen und ihrer associativen Verbindung, noch durch Störungen des Gedächtnisses oder der Merkfähigkeit allein zu erklären, auch nicht durch Hallucinationen oder Confabulation. Trotz seiner auffallenden Häufigkeit bei doppelseitigen Erkrankungen des Occipitalhirns hat dieses Symptom keine lokaldiagnostische Bedeutung und ist an keine bestimmte Läsion von Centren oder Bahnen unbedingt gebunden; es stellt vielmehr eine Theilerscheinung einer allgemeinen und schweren Störung der Hirnfunktionen bei bestehender Blindheit dar. Häufig ist an Stelle des erwähnten Symptoms eine auffallende Resignation oder Indolenz dem Defekte gegenüber zu beobachten. S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

55. **Untersuchungen zur Kenntniss der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskrankheiten;** von Karl Kleist. Leipzig 1908. Dr. Werner Klinkhardt. 8. VIII u. 171 S. (4 Mk. 50 Pf.)

Die hier mitgetheilten Untersuchungen sind so complicirter Art, dass ein Referat sie unmöglich im Einzelnen wiedergeben oder auch nur verfolgen kann. Von den Wernicke'schen Formulirungen zunächst ausgehend, bemüht sich Kl. eine Formel zu finden für die psychometerischen Bewegungsstörungen der Geisteskranken. Er betrachtet sie in ihrer doppelten Bedeutung als innervatorische und als psychische Störungen. Er lehnt schliesslich die Anschauungsweise Wernicke's, nach der die psychomotorische Bewegungs- und Sprachstörung nur eine besondere Art transcortikaler Aphasie und Apraxie sein soll, ab, bringt sie vielmehr in Beziehungen zu Erkrankungen des Kleinhirn-Stirnhirnsystems. So interessant diese Ausführungen sind, so kann der *Ref.* sich nicht enthalten zu bemerken, dass die von Einzelnen neuerdings urgirte Lehre von den besonderen Beziehungen des Stirnhirns und Kleinhirns und von deren Art, ihm völlig hypothetisch zu sein und auf sehr gebrechlichen Füssen zu stehen scheint. Darauf nun noch weitere Hypothesen zu bauen, dürfte ausserordentlich gefährlich sein. Die psychologische Analyse ergab die Abhängigkeit der psychomotorischen Störungen von Gefühlen, Affekten und der Aufmerksamkeit, d. h. von höheren, psychischen Bildungen, die in bestimmter Weise dem Complex der Organempfindungen angehören. Insbesondere nimmt Kl. eine Störung im Ablaufe der den Empfindungen der Anstrengung, den kinästhetischen und den vestibularen Empfindungen zugeordneten motorischen Reaktionen an. Bei den Fachmännern wird das Buch gewiss die verdiente Berücksichtigung finden.

Lewandowsky (Berlin).

56. **Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie zum Gebrauch für Aerzte und Studirende;** von Prof. Dr. Erich Lexer in Königsberg. 2 Bände. 3. umgearbeitete Aufl. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. Gr. 8. I. Band: 442 S. mit 176 theils farbigen Textabbildungen. II. Band: 467 S. mit 3 farbigen Tafeln u. 215 Textabbildungen. (22 Mk. 60 Pf.)

„Dem Andenken meines stets und innig verehrten Lehrers Ernst v. Bergmann, dem die 2. Auflage zur Vollendung des 70. Lebensjahres überreicht werden konnte, bleibe dies Werk, zu dem er einst die Anregung gegeben, von nun an gewidmet. Wenn auch der Meister von uns gegangen, seine Lehren leben fort, aber nicht starr und unverändert, sondern ganz in seinem Sinne unter dem Einflusse der modernen Forschung erneut, erweitert und verbessert." Mit diesen trefflichen Worten beginnt L. die Vorrede zur 3. Auflage seiner allgemeinen Chirurgie, deren Erscheinen bereits $1^1/_2$ Jahre nach dem der 2. Auflage nöthig geworden ist. Es erübrigt sich da wohl, noch irgend welche lobende Worte über das Werk zu sagen. L. hat auch diese neue Auflage gründlich durchgearbeitet und die Literatur bis zur Drucklegung der einzelnen Abschnitte verwerthet. Gerade wie in früheren Jahren die Landerer'sche allgemeine Chirurgie, so zeichnet sich auch das Lexer'scho Buch dadurch aus, dass L. seine Erfahrungen und die Ergebnisse eigener Untersuchungen eingeflochten hat, und dass er in verschiedenen Streitfragen ganz energisch seinen eigenen Standpunkt wahrt (s. u. A. Behandlung durch Stauungshyperämie nach Bier). Die äussere Ausstattung des Buches ist nach jeder Richtung hin vorzüglich. P. Wagner (Leipzig).

57. **Vorlesungen über allgemeine Geburtshülfe;** von Prof. Dr. Heinrich Bayer in Strassburg. I. Bd. 3. Heft: *Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane.* Strassburg i. E.

Digitized by Google

1908. Schlesier u. Schweickhardt. Gr. 8. S. 259—572 mit 16 Tafeln in Lichtdruck u. 63 Abbild. im Text. (20 Mk.)

In diesem 3. (Schluss-) Heft des I. Bandes seiner Vorlesungen, deren 1. Heft früher (Jahrbb. CCLXXX. p. 105) angezeigt wurde, bespricht B. in 9 formvollendeten Vorlesungen die Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane.

Der grosse Stoff ist in folgende Abschnitte getheilt: 1) Beckenweichtheile und Bauchwand, 2) das Bauchfell und die Topographie der Beckenorgane, 3) das Beckenzellengewebe und seine Einschlüsse, 4) äussere Genitalien und Scheide (Pars copulationis), 5) Uterus und Tuben (Pars gestationis), 6) die muskuläre Architektur der Pars gestationis, 7) Ovarium und Ovulation (Pars generationis), 8) die Menstruation, 9) die sekundären Geschlechtscharaktere und das Problem der Geschlechtsbestimmung.

Jeder einzelne Abschnitt ist als eine auf eingehendster eigener Forschung beruhende Monographie zu bezeichnen. Viele Jahre hindurch hat B. mit gründlichstem Fleisse mühsame anatomische Untersuchungen angestellt und die Veröffentlichungen früherer Forscher kritisch nachgeprüft. Das Ergebniss all' dieser Arbeit liegt nun in diesem stattlichen Bande vor.

Der Gesichtspunkt, aus dem heraus B. seine Vorlesungen geschrieben hat, geht am besten aus den nachfolgenden Sätzen hervor, mit denen er den I. Band seines Werkes beschliesst. Seine Vorlesungen sollen vor Allem Anregung geben und Lust zu weiteren Studien einflössen. „Die blosse Mittheilung völlig gesicherter Thatsachen, erprobter Lehren und bewährter Methoden, wie sie der angehende Arzt im praktisch-klinischen Unterrichte entgegennimmt, lässt der wissenschaftlichen Phantasie wenig Raum und führt, wo sich nicht wie in der Klinik und Praxis das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit immer wieder aufdrängt, nur allzuleicht zu jener selbstgefälligen Bespiegelung im Gedanken, „wie wir's zuletzt so herrlich weit gebracht". Neben der Erziehung zum Beruf muss es auch eine Erziehung zur Wissenschaft geben; und ist jene die wichtigere und dringendere, so ist diese gewiss die schönere Aufgabe des Hochschullehrers. Sie besteht vor allem Anderen in der Anleitung zum selbständigen Denken; und diese Anleitung ertheilt sich nur im Angesichte offener Fragen und ungelöster Probleme, im Schatten jener „Verwunderung", die, wie der grösste Denker des Alterthums, wie Plato sagt, mit dem *Bewusstsein* unseres Nichtwissens zusammenfällt."

Ref. kann nur die Hoffnung aussprechen, dass es dem verdienten Forscher gelingen möge, die noch in Aussicht gestellten weiteren 4 Hefte auf derselben Höhe zu halten, wie sie von den bis jetzt erschienenen 3 Heften dargethan wurde.

Die Ausstattung des Werkes ist vorzüglich, die Zeichnung der Tafeln mustergültig.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

58. **Consultations sur la grossesse, l'accouchement, les maladies de femmes et les soins à donner aux nourrissons.** *Observations personelles;* par H. Stapfer. Paris 1908. Vigot frères. 8. 501 pp.

Ein angenehm geschriebenes Buch zu Nutz und Frommen aller Geburthelfer und Jener, die es werden wollen. Es enthält 99 bemerkenswerthe Beobachtungen aus der Praxis St.'s, von den ersten Anfängen, die bis in das Jahr 1883 zurückreichen, bis heute, doch sind es nicht trockene, langweilige Krankengeschichten, sondern treue, lebendige Schilderungen der Erlebnisse des Arztes, der gerufen wird, um mit Rath und That einer schwangeren oder gebärenden Frau beizustehen. Untersuchung und Befund, Ueberlegung und Entschluss zum Handeln, manuelle und instrumentelle Eingriffe, Hoffnungen und Befürchtungen, gute und mitunter auch schlechte Erfolge, — alles ist genau verzeichnet und dazwischen sind noch viele originelle Wahrnehmungen, rationelle Vorschläge und humoristische Bemerkungen eingestreut. Massage und Heilgymnastik, für deren Verbreitung der Verfasser sich vielfach mit Erfolg bemüht hat, finden gegebenen Falles entsprechende Würdigung.

E. Toff (Braila).

59. **Mechanik und Therapie der in der Austreibungsperiode befindlichen Querlagen („verschleppte Querlagen");** von W. Zangemeister. Leipzig 1908. F.C.W.Vogel. Gr. 8. 46 S. mit 9 Abbildungen. (3 Mk.)

Z. giebt auf Grund der Literatur- und selbst beobachteter Fälle eine sehr klare, erschöpfende und durch vorzügliche Abbildungen noch leichter verständlich gemachte Darstellung des Mechanismus der Spontangeburten in Querlage, wie sie besser wohl nirgends bisher zu finden ist. Ausser Betracht haben hierbei die Fälle zu bleiben, in denen sich die Querlage *vor Beginn der Austreibungsperiode* in eine andere, d. h. Längslage umwandelt: die Fälle von *Selbstwendung,* auch wenn diese ausnahmeweise noch nach dem Blasensprung sich vollzieht. In Betracht kommen lediglich die *Geburt conduplicato corpore* und die *Selbstentwickelung.*

Diese beiden Arten von Spontangeburt bei Querlage haben je *zwei Akte.* Den ersten Akt bildet die Umwandlung von der querliegenden und in ihrer Haltung viel zu umfangreichen Frucht in ein gebärfähiges Objekt. Der zweite Akt wird gebildet durch den eigentlichen Durchtritt durch den Beckenkanal. Während der *erste* Akt beiden Austreibungsarten *gemeinsam* ist, verläuft der *zweite* Akt *verschieden,* und zwar kommen bei der Selbstentwickelung zwei verschiedene Mechanismen vor.

Der erste Akt: Die Wirbelsäule wird derart verbogen, dass der Kopf sich dem Beckenonde nähert; das wird erreicht durch eine Verbiegung der Wirbelsäule nach Art der Kyphoskoliose. Der

Mittelpunkt der Wirbelsäulenkrümmung pflegt in der Gegend des 3. bis 5. Brustwirbels zu sein. Es nähert sich dabei die vorangehende Schulter derjenigen Beckenwand, über der der Kopf liegt. Der kleinste, also der quere Durchmesser des Kopfes legt sich dem Rumpfe an, meist Wange an Bauch. Das Gesicht sieht nach hinten oder vorn, je nachdem ursprünglich eine dorsoanteriore oder dorsoposteriore Lage bestanden hatte. Bei Armvorfall liegt die Umbiegungsstelle der Wirbelsäule näher dem Kopfe, als wenn der Arm nicht vorgefallen ist. Der Armvorfall begünstigt demnach die Selbstentwickelung, erschwert die Geburt conduplicato corpore. Der Kopfrumpfdurchmesser, der grösste des nunmehr kegelförmigen Geburtobjektes, bleibt bis hierher, wie von Anfang an, im queren Durchmesser des Beckens.

Der zweite Akt: I. *Die Geburt conduplicato corpore:* Sobald der grosse Kopfrumpfdurchmesser den Beckeneingang passirt, schneidet auch schon der untere Fruchtpol ein, d. i. die *Scapula.* Während des weiteren Durchtrittes dreht sich die Rückenbreite in den schrägen Durchmesser, der Kopf tritt also nach vorn oder nach hinten. Mitunter kann auch die Biegungsstelle der kindlichen Wirbelsäule mehr steisswärts liegen, dann schneidet ein tieferer Theil, ja event. der Steiss selbst zuerst ein (Uebergangsfall zur Selbstentwickelung). Die Geburt conduplicato corpore kommt nur bei besonders günstigen mechanischen Verhältnissen vor, also bei frühgeborenen oder macerirten Früchten, Zwillingskindern und dergl. Unreife Kindor können so auch lebend geboren werden.

II. *Die Selbstentwickelung.* a) Douglas'scher Mechanismus: es ist der mechanisch leichtere. Der Kopf wird über dem Beckeneingang zurückgehalten, neben dem in die Länge gestreckten Hals treiben die Wehen den Rumpf herab. Da dieser in der Kreuzbeinaushöhlung den meisten Platz findet, findet eine Drehung der Fruchtmasse um ihre vertikale Achse statt. Hals und Schulter treten nach vorn, letztere unter den Schambogen. Dadurch ist Raum im kleinen Becken geworden, so dass der letzte noch über dem Becken befindliche Theil des Rumpfes, der Steiss, nunmehr neben dem Promontorium in's Becken herabgleiten kann. Nunmehr wird rasch Thorax, Bauch und Steiss geboren. Dieser Mechanismus kommt häufiger bei dorsoanterioren Lagen vor. Die Kinder können völlig ausgetragen sein, sind aber dann stets todt.

b) Denman'scher Mechanismus: wo der Selbstentwickelung nach Douglas'schem Modus Schwierigkeiten im Wege stehen, z. B. bei sehr grossem Kinde, oft auch bei dorsoposterioren Lagen, bleibt die Schulter *im* Becken stehen, und der Rumpf muss *im* Becken an ihr vorbei. Dazu muss die Schulter aber doch ausweichen, sie wird *nach hinten* in die Kreuzbeinaushöhlung gedrängt. Der Kopf kommt dabei auf die Ileosacralverbindung zu liegen. Der event. vorgefallene Arm wird dabei, im Gegensatz zum Douglas'schen Mechanismus, etwas zurückgezogen. Der Rumpf tritt *vorn seitlich* herab, und zwar zuerst die seitliche Bauchgegend oder die Hüfte. Ist auch meist der Fruchttod die Folge dieser abnormen Entwickelung, so kann doch ein nahezu ausgetragenes Kind lebend geboren werden. Der Deuman'sche Mechanismus ist eine Selbstwendung im kleinen Becken. Uebergänge zwischen allen drei beschriebenen Arten kommen vor.

In den Fällen, in welchen die Austreibung in Querlage nicht zu Ende geht, tritt die Stockung zumeist schon im ersten Stadium ein. Je enger das Becken, je voluminöser die Frucht, je schwächer die Wehen und je zerreisslicher das Cervixgewebe ist, um so eher sistirt die Austreibung.

Die *Diagnose* der verschleppten Querlage ist wichtig, auch bez. des vorliegenden Stadium. *Therapeutisch* ist, abgesehen von den Fällen, wo der zweite Akt bereits deutlich im Gange ist, die umgehende Beendigung der Geburt vorzunehmen. Kein Wendungsversuch! *Decapitation,* wenn der Hals durchaus nicht erreichbar ist, *Exenteration.* Z. hat den Braun'schen Schlüsselhaken etwas modificirt, so dass er nicht bei der Drehung nach oben ausweichen kann. Niemals schneide man einen vorgefallenen Arm ab. R. Klien (Leipzig).

60. **Geschichte der Laryngologie an der Universität Heidelberg** *seit der Erfindung des Kehlkopfspiegels bis zum 1. October 1908;* von Dr. A. Jurasz, a. o. Prof. d. Laryngologie in Heidelberg. Würzburg 1908. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). 55 S. (3 Mk.)

J. schildert die unendlichen Mühen, die mit dem Direktorat der laryngologischen Poliklinik verbunden waren, und die Enttäuschungen, die ihm von 1872—1908 die Verwaltungsorgane und die Regierung bereitet haben. Die Lektüre der Broschüre wirkt geradezu niederschmetternd, wenn man das geringe Verständniss der Regierung vernimmt. Es scheint hier doch an der Person gelegen zu haben, der man nicht wohl wollte. Denn für die Otiatrie waren 300000 Mk. vorhanden, für die Laryngologie nur 3000 Mk. Wer hieraus nicht den Hass liest (vgl. Freiburg i. B.), muss blind sein. J. sieht nun jetzt nach seinem Scheiden aus Heidelberg sein ganzes Werk zusammenstürzen: die selbständige Laryngologie verschmilzt mit der Otologie. Hochheim (Halle a. d. S.).

D. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands.

Sämmtliche Literatur, bei der keine besondere Jahreszahl angegeben ist, ist vom Jahre 1908.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

(Meteorologie.)

Abderhalden, Emil, u. Josef Olinger, Weiteror Beitrag zur Frage nach d. Verwerthung von tief abgebautem Eiweiss im thier. Organismus. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 74.

Ackermann, D., Ein Fäulnissversuch mit Arginin. Ztschr. f. physiol. Med. LVI. 4. p. 305.

Ackermann, D., Ueber eine neue Base aus gefaultem Pankreas. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 28.

Albanese, Manfredi, Influenza degli elettroliti sulla viscosità dei liquidi colloidali. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 16.

Alsberg, Carl L., Beiträge zur Kenntniss der Guajakreaktion. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 59.

Arnold, Harold Sears, The employment of lumière process of color photography in medicine. Yale med. Journ. XV. 2. p. 71. Oct.

Arnold, Julius, Zur Morphologie d. Muskelglykogens. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 15.

Anstin, A. E., and Mabel D. Ordway, The extraintestinal origin of hydrobilirubin. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 126.

Babkin, B. P., u. W. W. Sawitsch, Zur Frage über d. Gehalt an festen Bestandtheilen in d. auf verschied. Sekretionserreger erhaltenen pankreat. Saft. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 321.

Barcroft, J., Simplification of *Bohr's* method of raising mercury in the *Töpler* pump. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. LV.

Battelli, F., u. L. Stern, Ueber d. Peroxydasen d. Thiergewebe. Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. p. 44.

Bayor, Gustav, Untersuchungen über d. Galleuhämolyse. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 234.

Boez, Carl, Ein Röntgeninstrumentarium in neuer, prakt. u. eleganter Anordnung, besond. geeignet zur Aufstelluug im Sprechzimmer. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 35.

Biberfeld, Joh., Die Kochsalzausscheidung während der Phlorizindiurese. Arch. f. Physiol. CXXIV. 11 u. 12. p. 582.

Blum, L., Ueber d. Abbau aromat. Substanzen im menschl. Organismus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 723.

Blumenthal, Ferdinand, u. Friedr. Hirschmann. Biochem. Untersuchungen über d. p-Jodphenylarsinsäure. Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 248.

Bonanni, A., Contribution ultérieure à la connaissance de la bile humaine. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 127.

Borchardt, L., Ueber d. Vorkommen von Nahrungsalbumosen im Blut u. im Urin. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 3 u. 4. p. 305.

Brasch, W., u. C. Neuberg, Biochem. Untersuchung d. Glutaminsäure in n-Buttersäure. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 299.

Brezina, Ernst, u. Egon Ranzi, Zur biologischen Untersuchung d. Kothes. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 44.

Brünings, Ueber d. Beleuchtungsprincipien endoskop. Rohre. Verh. d. Ver. südd. Laryngol. p. 4.

Buchner, Eduard, Nobel-Vortrag (Chemie der Zellen). Nord. med. ark. Afd. II. 3. F. VIII. 1. Nr. 2.

Bürker, K., Ein einfaches Vergleichsspektroskop. Münchn. med. Wchnschr. LV. 39.

Butkewitsch, Wl., Die Umwandl. d. Eiweissstoffe in verdunkelten grünen Pflanzen. Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 314.

Chiarolanza, Raffaele, Experiment. Untersuchungen über d. Bestimmung d. Trockonrückstände d. Blutes u. d. Verhalten d. Blutes b. Wasserzufuhr durch d. Verdauungskanal. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 392.

Chittenden, Rusell H., Some of the present-day problems of biological chemistry. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 2. p. 55.

Cleaves, Margarot A., The chemical rays promoters of life and energy; their mode of action and their therapeutical uses. Now York med. Record LXXIV. 13. p. 516. Sept.

Colwell, Hector, On the action of thorium and uranium npon certain ferments. Arch. of the Middl. Hosp. XIII. p. 94.

Colwell, Hector, Tho offects of nrinary and biliary calculi upon photographic plates in the dock. Arch. of the Middl. Hosp. XIII. p. 98.

Crowo, S. J., On the excretion of hexamethylentetramin in the bile and pancreatic juice. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 129.

David, Oskar, Uebor d. Farbstoff u. Eisengehalt d. Blutes. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 426.

Dessnuer, Friedrich, Eine neuo Anwendung d. Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Doycko, G., u. H. Much, Untersuchungen über endohacilläre Eiweisskörper. Med. Klin. IV. 40.

Dibbelt, W., Zur Methodik d. Kohlensäurebestimmnng im Blut. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 228.

Dorée, Charles, On the presence of cholesterol in the coelenterata. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. LVIII.

Ebbecko, Ulrich, Ueber d. Ausscheidung nicht dialysabler Stoffe durch d. Harn unter normalen u. pathologischen Verhältnissen. Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. p. 485.

Einhorn, Max, A simplification of the *Jacoby-Solms* ricin method for pepsin determination. New York med. Record LXXIV. 9. p. 351. Aug. — Berl. klin. Wchnschr. XLV. 34.

Embden, Gustav, u. Lonis Michaud. Ueber d. Abbau d. Acetessigsäure im Thierkörper. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 262.

Engel, Vergleichende Untersuchungen über d. Verhalten d. Frauenmilch zu Säure u. Lab. Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. p. 89.

Engeland, R., Die Diazoreaktion dos normnleu Harns. Münchn. med. Wchnschr. LV. 31.

Engeland, R., Destillation von Kreatinin. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 65.

Engeland, R., Ueber d. Nachweis organ. Basen im Harn. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 49.

Euler, Hans, u. Ivan Bolin, Zur Kenntniss biolog. wichtiger Oxydationen. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 80.

Fulta, W., u. A. Gigon, Uober d. Einfluss stickstofffroier Energieträger auf d. zeitl. Ablauf d. Eiweisszersetzung. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 267.

Fischer, Martin H., Weitere Versuche über d. Quellung d. Fibrins. Arch. f. Physiol. CXXV. 1 u. 2. p. 99.

Frauenberger, Franz, Ueber d. Kieselsäuregehalt d. Wharton'schen Sulze männlicher Nabelstränge. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 17.

Friedemann, Max, u. Fritz Sachs, Untersuchungen über d. Seifenhämolyse unter besond. Berücksichtigung d. Beziehungen zwischen d. Seifen u. d. complexen Hämolysinen des Blutserums. Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 259.

Friedmann, E., u. H. Mandel, Ueber d. Bildung d. Harnsäure in d. Vogelleber. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 199.

Führer, Hermann, Die Frage d. Methylgrüns. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 u. 3. p. 161.

Fürth, O. von, u. M. Friedmann, Ueber die Resorptionsweise jodirter Eiweisskörper. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 214.

Fürth, O. von, u. Carl Schwarz, Zur Kenntniss der Sekretine. Arch. f. Physiol. CXXIV. 9 u. 10. p. 427.

Fnnk, Casimir, Ueber d. Werth der zur Bestimmung d. Harnzuckers verwendbaren Methoden. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 5 u. 6. p. 507.

Gaupp, Otto, Eine Farbenreaktion im Harne Kachektischer. Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. p. 138.

Golla, F. L., A new model of *Buckmaster's* coagulometer. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. LXI.

Golodetz, L., u. P. G. Unna, Zur Chemie der Haut. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLIII. 4. 5. p. 179. 242.

Grijns, G., Koolzuurbepalingen met het toestel van *Haldane*. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 416.

Groedel, Franz M., Ueber Zweck u. Wesen d. Momentröntgenographie. Fortschr. d. Med. XXVI. 27. p. 849.

Habermann, J., u. R. Ehrenfeld, Zur Kenntniss d. Cigarrenrauches. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 363.

Hammarsten, Olof, Bidrag till kännedomen om enzymon i magslemhinnan. Hygiea Festh. I. s. 1.

Hanasen, Olav, Ein Beitrag zur Chemie d. amyloiden Entartung. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 185.

Harzbecker, O., u. A. Jodlbauer, Ueber d. zeitl. Ablauf d. Hämolyse h. d. Belichtung sensibilisirter rother Blutkörperchen. Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 306.

Haskine, Howard D., Preliminary report of certain investigations as to tho nature of peptons. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 113.

Hausmann, Walther, Ueber d. photodynam. Wirkung chlorophyllhaltiger Pflanzenextrakte. Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 331.

Heffter, A., Giebt es reducirende Fermente im Thierkörper? Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 253.

Henderson, Lawrence J., and Charles T. Ryder, A method for the direct determination of heats of reaction. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 26.

Herrmann, E., Ueber die Klangfarbe einiger Orchesterinstrumente u. ihre Analyse. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 59.

Herter, C. A., On the bacterial production of skatol and its occurrence in the human intestinal tract. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 23.

Herzog, R. O., Die negative Adsorption. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 3 u. 4. p. 315.

Hess, Leo, Methode zur Bestimmung d. neutralen Schwefels im Harn. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Hoelscher, Julius H., A study of the enzymes of the human pancreatic and intestinal juice, obtained through a jejunal fistule. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 10. p. 692. Oct.

Hofmeister, F., Einiges über d. Bedeutung u. d. Abbau d. Eiweisskörper. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 273.

Hohlweg, Hermann, Zur Kenntniss d. Urochroms. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 198.

Hollis, Frederic S., On the alleged formation of bile pigments and bile acids by the action of trypsin on haemoglobin. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 127.

Holmgren, Israel, Studier öfver kapillaritet och adsorption jämte en på grundval heraf utarbetadt metod för bestämmande af utspädda mineral syrors stärka. Hygiea Festber. I. 14.

Hoogenhuyze, C. J. C. van, u. H. Verploegh, Weitere Betrachtungeu über d. Kreatininausscheidung b. Menschen. Ztschr. f. physiol. Chomie LVII. 3 u. 4. p. 161.

Jaffé, M., Ueber d. regelmäss. Vorkommen von Indol im Destillat d. normalen Harns. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 299.

Javillier, Maurice, Le zinc chez les plantes. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 9. p. 729. Sept.

Jerusalem, Ernst, Ueber ein neues Verfahren zur quantitativen Bestimmung d. Milchsäure in Organen u. thier. Flussigkeiten. Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. p. 361. 379.

Inouye, Katsuji, a) Ueber d. Bildung von Thymin b. Erhitzen d. Darmnucleinsäure. — b) Ueber eine Farben- u. Spectralreaktion d. Gallensäuren mit Vanillin u. Schwefelsäure (bearbeitet von *Hiizu Ito*). Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 3 u. 4. p. 313.

Johansson, J. E., Untersuchungen über d. Kohlehydratstoffwechsel. Skandinav. Arch. f. Physiol. XXI. 1. p. 1.

Jolles, Adolf, Ueber d. Säuregrad d. Harns. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 177.

Jollos, Adolf, Ueber eine neue Gallensäurereaktion u. über d. Nachweis d. Gallensäuren im Harn. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 30.

Kastle, Joseph H., Phenolphthalein as a reagent for oxidases and other oxiding substances. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 21.

Kastle, Joseph H., and H. L. Amoss, A new reagent for the recognition and estimation of free hydrochloric acid in gastric contents. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 20.

Kastle, J. H., and M. B. Pooch, The peroxidase reaction of milk. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 133.

Kemp, H. P., The physiological effects of (1) primary and secondary propyl alcohol, (2) normal primary and tertiary butyl alcohol. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. XLIX.

Kinoshita, Tôsaka, Ueber eine Modifikation d. kryoskop. Verfahrens f. Untersuchung kleiner Flüssigkeitsmengen. Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. p. 390.

Klieneberger, Carl, Einfache Hülfsapparate f. röntgenolog. Tischsnfnahmen u. Tischdurchleuchtungen. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 34.

Klingelfusa, Fr., Ueber Messung u. Dosirung d. Röntgenstrahlen in absolnten Einheiten u. Röntgenolyse. Münchn. med. Wchnschr. LV. 36.

Kobler, Boruhard, Untersuchnngeu über Viscosität u. Oberflächenspannung d. Milch. Arch. f. Physiol. CXXV. 1 u. 2. p. 1.

Köhler, Alhan, Momentaufnahmen mit Röntgeninstrumentarium. Dentsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Körösy, Kornil von, Ueber Eiweissresorption. Ztschr. f. phyeiol. Chemie LVII. 3 u. 4. p. 267.

Korányi, A. von, u. P. F. Richter, Physikal. Chemie n. Medicin. II. Band. Leipzig. Georg Thieme. Gr. 8. VII u. 484 S. mit 24 Abbild. 10 Mk.

Krummacher, Otto, Die Lösungswärme des Fleisch- u. Eiweissharns d. Hunde. Ztschr. f. Biol. XLI. 8. p. 317.

Digitized by Google

Krimberg, F., Zur Kenntniss d. Extraktivstoffe d. Muskeln. Ueber d. Beziehungen d. Oblitins zum Carnin. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 417.

Kromayer, Finsen-Reyn- contra Quarzlampe. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 169.

Kuder, T., u. A. Jodlbauer, Ueber d. Dunkelwirkung fluorescirender Stoffe auf Eiweiss, Toxine u. Fermente u. ihre Reversibilität. Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. p. 14.

Kudlek, Ueber farbige stereoskop. Photographie. Med. Klin. IV. 34.

Künzel, Werner, u. Alfred Schittenhelm, Gegenseit. Beeinflussung d. Fermente d. Nucleinstoffwechsels. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 393.

Künzel, Werner, u. Alfred Schittenhelm, Ueber d. zeitl. Ablauf d. Uricolyse. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 389.

Kulka, Wilhelm, Ein Heissätherextraktionsapparat. Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. p. 134.

Kusumoto, Chasohurō, Ueber d. Einfluss d. Tolylendiamins auf d. Ausscheidung d. Cholesterins in d. Galle. Biochem. Ztschr. XIII. 5 u. 6. p. 354.

Lane-Claypon, Janet E., On the presence of haemolytic factors in milk. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 34. July.

Lawrow, D., Zur Kenntniss d. Coagulosen. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 343.

Lazarus-Barlow, W. S., An experimental inquiry into the nature and the property possessed by certain animal tissues of affecting a photographic plate in the dark. Arch. of the Middl. Hosp. XIII. p. 130.

Lazarus-Barlow, W. S., On the effect produced by certain animal tissues on a photographic plate in the dark. Arch. of the Middl. Hosp. XIII. p. 111.

Leathes, T. B., On changes in the amount of higher fatty acids to be obtained from the liver after removal from the body. Arch. f. experim. Pathol. a. Pharmakol. Suppl. p. 327.

Leers, Otto, Ueber Photomethämoglobin. Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 252.

Legros, G., Les erreurs de l'interprétation en radiographie. Progrès méd. 39.

Lohmann, K. B., u. Sano, Ueber d. Vorkommen von Oxydationsfermenten b. Bakterien u. höheren Pflanzen. Arch. f. Hyg. LXVII. 2. p. 99.

Levene, P. A., u. D. D. van Slyke, Hydrolyse von *Witte*-Pepton. Biochem. Ztschr. XIII. 5 u. 6. p. 440.

Levene, P. A., u. D. D. van Slyke, Ueber Plastein. Biochem. Ztschr. XIII. 5 u. 6. p. 458.

Levites, S., Ueber d. Verdauung d. Fette im thier. Organismus. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 46.

Lewin, L.; A. Miethe u. E. Stenger, Ueber d. spektralen Eigenschaften d. Eigelbs. Arch. f. Physiol. CXXIV. 11 u. 12. p. 585.

Lifschütz, J., Eine Spektralreaktion auf Oleinsäure. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 5 u. 6. p. 446.

Löb, Walther, Zur Kenntniss d. Zuckerspaltungen. Biochem. Ztschr. XII. 1. p. 78.

Löh, Walther, Zur Werthbestimmung d. Katalasen u. Oxydasen im Blut. Biochem. Ztschr. XIII. 5 u. 6. p. 339.

Löh, Walther, u. Paul Melzer, Die Werthbestimmung d. Katalasen u. Oxydasen im Blut. Biochem. Ztschr. XIII. 5 u. 6. p. 475.

Mac Lean, Hugh, Versuche über d. Cholingehalt d. Herzmuskellecithins. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 3 u. 4. p. 296.

Mac Lean, Hugh, Ueber d. Vorkommen eines Monaminodiphosphatids im Eigelb. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 3 u. 4. p. 304.

Malenück, W. D., Ueber d. Protamin aus d. Spermatozoën d. kaspischen Störs (Acipenser Guldenstaedii). Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 99.

Mandel, J. A., u. C. Neuberg, Zur Kenntniss d. Glukothionsäure. Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. p. 142.

Mandel, J. A., u. C. Neuberg, Naphthoresorcin als Reagens auf einige Aldehyd- u. Ketosäuren. Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. p. 148.

Mancini, Stefano, Zur Kenntniss d. Urochroms. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 208.

Marchlewski, L., Zur Chemie d. Blutfarbstoffs. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 316.

Marchlewski, L., Ueber Möhrencaroten. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 5 u. 6. p. 554.

Marshall, John, A brief note on a source of error in the use of a certain petrolenm ether as an extracting medium. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 29.

Matthews, A. P.; O. Riddle and S. Walker, The spontaneous oxidation of some cell constituents. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 114.

Menyhért, Wilhelm, Eine rasche u. genaue Bestimmung d. Endreaktion b. d. Zuckertitration mit *Fehling*'scher Lösung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Merck, E., Ueber d. Verwendung von Reagenztabletten zur quantitativen Bestimmung von Zucker u. zum Nachweis von Eiweiss im Harn. New Yorker Mon.-Schr. XX. 6. p. 179.

Michaelis, L., Nachtrag zur Absorptionsanalyse d. Fermente. Biochem. Ztschr. XII. 1. p. 26.

Mines, G. R., An antomatic key for obtaining single induction shocks. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. LVII.

Moraczewski, W. v., Ueber d. Mangel von Relation zwischen Harnindican u. Cotindol. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 4. p. 375.

Mosoati, G., Quantité du glycogène dans les muscles de l'homme. Cours de sa disparition après la mort. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 185.

Nagelschmidt, Franz, Kritisches zur Röntgendosirung. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 4. p. 285.

Nagelschmidt, Franz, Ueber Messung u. Dosirung d. Röntgenstrahlen in absoluten Einheiten. Röntgenolyse. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Nasmith, G. G., and E. Fidlar, A criticism of the nitromolybdate method for the detection of phosphorus in tissues. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. 278.

Nelson, Louis, Ueber d. Zusammensetzung d. Protamins aus Lachssperma. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 331.

Nelson, Louis, Ueber d. Thymamin, ein Protamin aus d. Thymusdrüse. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5 p. 336.

Nerking, J., u. E. Haensel, Der Lecithingehalt d. Milch. Biochem. Ztschr. XIII. 5 u. 6. p. 348.

Neuberg, Carl, Depolymerisation d. Zuckerarten. Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 337.

Neuberg, Carl, Chem. Umwandlungen durch Strahlenarten. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 305.

Oppler, R., u. P. Rona, Untersuchungen über d. Blutzucker. Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. p. 121.

Oshorne, Thomas B., The biological relations of seed proteins. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 105.

Paderi, C., Comment sont absorbées les substances protéiques. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 313.

Parl, G. A., Ueber den Einfluss stickstofffreier Energieträger auf d. zeitl. Ablauf d. Eiweisszersetzung. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 274.

Pond, Raymond H., Solution tension and toxicity in lipolysis. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 35.

Pringsheim, Hans, Ueber Pilzdesamidase. Biochem. Ztschr. XII. 1. p. 15.

Pringsheim, Josef, Chem. Untersuchungen über d. Wesen d. Alkoholtoleranz. Biochem. Ztschr. XII. 1. p. 143. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 38.

Ratner, Olga, Ueber Quecksilberbestimmungen im Urin. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 271.

Digitized by Google

Rieländer, A., Beitrag zur Chemie d. Gehirns. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 12.

Röntgenstrahlen s. I. *Beer, Dessauer, Groedel, Klieneberger, Klingelfuss, Köhler, Legros, Nagelschmidt, Strauss, Immisch.* II. *Smirnoff.* III. *Mc Culloch, Morton, Rowntree.* IV. 2. *Discussion, Fischer, Kyritz, Matsuoka;* 3. *Matthes, Rzewnsky;* 4. *Davidsohn;* 5. *Faulhaber, Friedel, Kaestle, Sjögren;* 6. *Josephson;* 8. *Pfahler, Schwarz;* 9. *Pancoast;* 10. *Hall, Noiré, Schmidt, Zinsser.* V. 1. *Beck, Cotton, Lindenborn, Pfahler;* 2. b. *Graessner, Wittell;* 2. d. *Faber;* 2. e. *Bartsch, Goebel.* XI. *Scherer.* XIII. 3. *Kiär.* XIV. 4. *Schmidt.*

Rona, P., u. O. Riesser, Zur Kenntniss d. Hippermelanina. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 148.

Rosenberger, Franz, Ein Verfahren zum Nachweis von Inosit in thier. Gewebe u. Flüssigkeiten. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 373.

Rosenberger, Franz, Die Beziehungen d. Cyklosen zum thier. Organismus. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Rothmann, A., Ueber d. Verhalten d. Kreatins b. d. Antolyse. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 131.

Rowntree, Cecil, A simple apparatus for drawing from the microscope. Arch. of the Middl. Hosp. XIII. p. 206.

Sachs, Fritz, Weitere Beiträge zur Kenntniss d. Seifenhämolyse. Biochem. Zeitschr. XVI. 3 u. 4. p. 278.

Salkowski, E., Ueber d. Verhalten d. arseuparanucleinsauren Eisens u. d. arsen. Säure im Organismus. Biochem. Ztschr. XIII. 5 u. 6. p. 321.

Salomensen, K. E., Zur Kenntniss d. Urochroms. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 205.

Saxl, Paul, Ueber Fett- u. Eiterspaltung in d. Geweben. Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. p. 245.

Schittenhelm, Alfred, Ueber d. Fermente d. Nucleinstoffwechsels. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 21.

Schorr, Karl, Ueber d. Aenderung d. inneren Reibung b. Abbau von Eiweiss. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 173.

Schulze, E., Einige Bemerkungen zu den Arbeiten über d. Nährwerth der in d. Pflanzen enthaltenen Amide. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 67.

Schwarz, Carl, u. R. Lederer, Ueber d. Vorkommen von Cholin in d. Thymus, in d. Milz u. in d. Lymphdrüsen. Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 353.

Schabad, J. A., Ein Apparat zum Sammeln von Harn u. Koth f. d. Stoffwechseluntersuchungen b. Kindern. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 5 u. 6. p. 402.

Seaman, Emily C., and William J. Gies, An examination of *Bardach*'s new protein test. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 125.

Sherman, H. C., Experiments upon the metabolism of phosphorus in man. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chemie I. 3. p. 135.

Shimidzu, Yoshitaks, Ueber d. quantitative Bestimmung d. Milchzuckers mittels ammoniakal. Kupferlösung. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 243.

Sommer, Ernst, Emanation u. Emanationstherapie. München. Verl. d. ärztl. Rundschau (Otto Gmelin). 8. 70 S. 2 Mk. 50 Pf.

Solis-Cohen, Myer, A simple and accurate method for measuring the clotting-time of blood. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 6. p. 203. Aug.

Steel, Matthew, and William J. Gies, On the determination of ammonia, by the *Folin* method, in urinas containing crystalline ammonio-magnesium phosphate. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 134.

Stolte, Karl, Ueber d. Abbau d. Fructuosasins (Ditetraoxybutylpyrazins) im Thierkörper. Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. p. 499.

Stookey, L. B., and Ethel L. Lesnard, Is oxalic acid a product of hepatic uricolysis in man? Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 123.

Strauss, Artur, Ein offener photograph. Dosimeter f. d. Röntgentherapie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Suwa, A., Untersuchungen über d. Extraktivstoffu d. Fischfleisches. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 10.

Tappeiner, H. von, Untersuchungen über d. Angriffsort d. fluorescirenden Substanzen auf rothe Blutkörperchen. Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 290. XIII. 1 u. 2. p. 1.

Tezner, Ernst, u. Johan Roska, Gefrierpunktserniedrigung von Suspensionen. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 5 u. 6. p. 495.

Tigerstedt, Robert, En enkel metod för registrering medelst lufttransport. Hygies Festb. I. 3.

Vinson, A. E., Ento and ektoinvertase of the date. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. 1. 3. p. 122.

Voegtlin, C., The appearance of *Millon's* reaction in the urine in the absence of proteins as a criterion in the tuberculin reaction. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 25.

Walburn, L. E., Ein neues Albuminimeter. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 40. — Hosp.-Tid. 5. R. I. 44.

Warburg, Otto, Beobachtungen über d. Oxydationsprocesse im Seeigelei. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 1.

Weiss, C. F. R., On some modern methods for the clinical examination of urine and gastric juice by the general practitioner. Lancet. Oct. 17.

Wendt, Georg von, Zur Variabilität d. Milch. Skandinav. Arch. f. Physiol. XXI. 2 u. 3. p. 89.

Westenrijk, N. van, Ueber Reaktion d. Blutes nach d. Indikatorenmethode b. intravenöser Einführung von Säuren, Alkali. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Snppl.-Bd. p. 517.

Wile, Ira S., Interpretation of blood examinations. New York med. Record LXXIV. 17. p. 709. Oct.

Wohlgemuth, Julius, Zur Frage von d. Bildung einer Laktase im Pankreas nach reichl. Ernährung mit Milchzucker. Charité-Ann. XXXII. p. 306.

Yoshimoto, S., Ueber d. Fällbarkeit von Zuckerarten durch Kupferhydroxyd. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 5 u. 6. p. 425.

S. a. II. Bethe, Bizzozero, Blnnschly, Buglia, Dochez, Farini, Fischer, Foster, Fürth, Grossenbacher, Haensel, Haldane, Halpern, Herwardes, Hess, Köster, London, Modrakowski, Pick, Rona, Rosenheim, Staehelin, Unna, Young. III. Adler, Bittorf, Bolognesi, Brugsch, Dietrich, Fleig, Grünbaum, Herzog, Hueck, Jsneway, Israels, London, Rehm, Rueck. IV. 1. v. Bergmann, Geigel; 3. Lambert, Zak; 5. Bauer, Boekelmann, Borgbjärg, Chambers, Einhorn, Fabor, Fischler, Fleischer, Grafe, Landerer, Müller, Murdoch, Wells; 6. Corsini, Diem, Hirsch, Schirokauer; 7. Austin; 8. Donath; 9. Adler, Baer, Brugsch, Erben, Starkenstein, Weiss. V. 1. Gilmer; 2. d. Goldberg. VIII. Aron, Brugh, Gorton, Meyer. IX. Kauffmann. XIII. 1. Schaer; 2. Lockemann, Sterl. XIV. 1. Kisch, Wendt.

II. Anatomie und Physiologie.

(Anthropologie, Ethnologie, Zoologie, vgl. Anatomie, Entwicklungsgeschichte, Psychologie.)

Aall, Anathon, Ueber d. Maassstab b. Tiefensehen in Doppelbildern. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLIX. 1—4. p. 108. 161.

Abel, John J., On the behaviour of frogs muscle toward acids. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 17.

Abraham, Karl, Frauen u. Mythus. Eine Studie zur Völkerpsychologie. Leipzig u. Wien 1909. Franz Deuticke. 8. 73 S. 2 Mk. 50 Pf.

Digitized by Google

Alagna, Gaspare, Ueber einige eigenart. Zellen in d. Gaumentonsille eines Hundes u. über ihre wahrscheinl. Bedeutung. Virchow's Arch. CXCIV. 1. p. 46.

Auderson, R. S., Some notes on the hard palate and maxilla in primates. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Arcangeli, A., Einige histolog. Beobachtungen über d. Deckepithel d. Oesophagus b. Meerschweinchen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 6. p. 297.

Argaud, Recherches sur l'histotopographie des éléments contractiles et conjonctifs des parois arterielles chez les mollusques et les vertébrés. Journ. de l'Inst. et de la Physiol. XLIV. 4. 5. p. 328. 415. Juillet—Oct.

Argiris, Alfred, Untersuchungen über Vögel- u. Fischgehirne. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 3 u. 4. p. 288.

Ariens-Kappers, C. U., u. H. Vogt, Die Verlagerung d. motor. Oblongatakerne in phylogenet. u. teratol. Beziehung. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 20.

Arneth, Beiträge zur Morphologie u. Biologie d. neutrophilen Leukocyten. Folia haematol. VI. 3. p. 210.

Arnold, Julius, Zur Morphologie d. Leberglykogens u. zur Struktur d. Leberzellen. Virchow's Arch. CXCIII. 2. p. 177.

Ascher, Leon, Untersuchungen über d. Permeabilität d. Zellen. Biochem. Ztschr. XIV. 1 u. 2. p. 1.

Aschner, Bernhard, Ueber einen bisher noch nicht beschriebenen Reflex vom Auge auf Kreislauf u. Athmung; Verschwinden d. Radialispulses b. Druck auf d. Auge. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 44.

Askanazy, M., Kommen in d. Zellcomplexen d. Nebennierenwände drüsenartige Lumina vor? Berl. klin. Wchnschr. XLV. 35.

Aster, E. von, Die psycholog. Beobachtung u. experim. Untersuchung von Denkvorgängen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLIX. 1 u. 2. p. 56.

Aulo, T. A., Muskelarbeit a. Pulsfrequenz. Skandinav. Arch. f. Physiol. XXI. 2 u. 3. p. 146.

Barnes, Harry A., Some points in the applied anatomy of the tonsil. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 13. p. 402. Sept.

Basler, Adolf, u. H. Schlesinger, Ueber d. Sehen von Bewegungen. Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 313.

Bassetter, A., et A. Brauca, Recherches sur la kératinisation, sur la structure et le developpement des formations cornées vestibulaires chez alytes obstétricans *Wagler*. Journ. de l'Acad. et de la Physiol. XLIV. 4. p. 249. Juillet—Août.

Baur, E., Neuere Untersuchungen über Atavismus b. Bastarden. Med. Klin. IV. 31.

Baur, E., Einige Ergebnisse d. experiment. Vererbungslehre. Beitr. z. med. Klin. IV. Heft 10.

Bayer, G., Zur Lehre vom Kreislaufe d. Gallo. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 215.

Bayer, H., Ueber wahres u. scheinbares Zwitterthum. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 173.

Bayliss, W. M., Note on the supposed existence of vasoconstrictor fibres in the chorda tympani nerve. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. 256.

Bayliss, W. M., The excitation of vaso-dilator nerve fibres in depressor reflexes. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. 264.

Becher, Erich, Energieerhaltung u. psychol. Wechselwirkung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVIII. 5 u. 6. p. 406.

Becher, Erich, Ueber d. Sensibilität d. innern Organe. Ztschr. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLIV. 5. p. 341.

Behrens, Wilhelm, Tabellen zum Gebrauch bei mikroskop. Arbeiten. 4. Aufl. herausgeg. von *Ernst Küster*. Leipzig. S. Hirzel. Gr. 8. VIII u. 245 S. 7 Mk.

Benedicenti, A., Sui pigmenti ordinari d'origino indohica. Arch. d. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. p. 64.

Beremegowsky, N., Zur Frage über d. physiolog. Thätigkeit d. Ureteren. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 15.

Bergell, Peter, u. Edmund Falk, Ueber d. Funktion d. Placenta. Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Bernstein, J., Zur Thermodynamik d. Muskelcontraktur. Arch. f. Physiol. CXXIV. 9 u. 10. p. 462.

Bethe, Albrecht, Die Wirkung d. im Seewasser enthaltenen Salze auf d. normale Medusa. Arch. f. Physiol. CXXIV. 11 u. 12. p. 541.

Beyer, Hermann, Studien über d. sogen. Schallleitungsapparat b. d. Wirbelthieren u. Betrachtungen über d. Funktion d. Schneckenfensters. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVII. 1 u. 2. p. 77.

Bezold, Experim. Untersuchungen über d. Schallleitungsapparat d. menschl. Ohres. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVII. 1 u. 2. p. 19.

Bizzozero, Enzo, Eine Methode zur Darstellung von Pigmenten u. ihrer farblosen Vorstufen mit besond. Berücksichtigung d. Augen- u. Hautpigments. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Blnsaberg, Maximilian, Neuere Anschauungen über d. Sprachcentren. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 33.

Blnuschy, F., Beiträge zur Lehre von d. Viscosität d. Blutes. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 20.

Boer, T. J. de, Zur gegenseit. Wortassociation. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVIII. 5. u. 6. p. 397.

Bokofzer, S., Hat d. Druck d. Rumpflast Einfl. auf d. Formbildung d. Beckens? Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 2. p. 135.

Bonney, Victor, Eine neue u. sehr schnelle Dreifachfärbung. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 547.

Bonnot, Edmond, The interscapular gland. Journ. of Anat. a. Physiol. XLIII. 1. p. 43. Oct.

Bornstein, Carl, Qualität oder Quantität. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 40.

Boschi, G., Ricerche sui centri nervosi di un embrione uuono di due mesi. Riv. d. Pathol. nerv. e med. XIII. 8.

Bradley, O. Charnock, A contribution to the morphology and development of the mammalian liver. Journ. of Anat. a. Physiol. XLIII. 1. p. 1. Oct.

Branca, A., Recherches sur la vésicule ombilicale de l'homme. Ann. de Gyn. et d'Obst. 2. S. V. p. 577. Oct.

Brodie, T. G., and Winfred C. Cullis, An apparatus for the perfusion of the isolated mammalian heart. Journ. of Physiol. XXXVII. 4. p. 337.

Broek, A. J. P. van den, Untersuchungen über d. Bau d. sympath. Nervensystems d. Säugethiere. Morphol. Jahrb. XXXVIII. 4. p. 532.

Brücke, Ernst Th. von, Ueber d. Beziehungen zwischen Aktionsstrom u. Zuckung des Muskels im Verlaufe der Ermüdung. Arch. f. Physiol. CXXIV. 3—5. 11 u. 12. p. 215. 642.

Brunton, Lauder, On blood pressure in man, its measurement and regulation. Lancet Oct. 17.

Brych, T. H., The imbedding of the human ovum. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Buch, Max, Till frågan af de emotira känslornas fysiologi. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 144. Aug.

Buchanan, F., The electrical response of muscle in voluntary contraction in man. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. XLVII.

Buglia, G., Ueber d. Regulirung d. physiko-chem. Eigenschaften d. Blutes nach Injektionen von verschied. Lösungen. Biochem. Ztschr. XIII. 5 u. 6. p. 400.

Burton-Opitz, R., Das Stromvolum d. Vena mesentorica. Arch. f. Physiol. CXXIV. 9 u. 10. p. 469.

Burton-Opitz, R., u. Daniel R. Lucas, Der Einfl. d. rechten N. splanchnicus auf d. Blutfulle d. linken Organs. Arch. f. Physiol. CXXV. 3 u. 4. p. 221.

Byloff, R., Eigenthüml. Wachsthumsveränderungen. Mitth. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderhkde. VII. 19. p. 135.

Cameron, John, The fascia of the perineum and pelvis of the female with special reference to the mecha-

nical supports of the pelvic viscera. Journ. of Anat. a. Physiol. XLII. 4. p. 438.

Cavazzani, Emil, Zur Physiologie d. Duodenums. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 12.

Chambers, Rehert, Einfl. d. Eigrösse u. d. Temperatur auf d. Wachsthum u. d. Grösse d. Frosches u. dessen Zellen. Arch. f. mikrosk. Anat. LXXIf. 3. p. 607.

Channin, Walter, and Clark Wiasler, The hard palate in normal and feeble-minded individuals. Anthropol. Papers of the Amer. Musenm of natural history I. 5. p. 285.

Chistoni, Alfredo, Sulle variazioni della temperatura superficiale dell' uomo durante il lavoro muscolare. Rif. med. XXIV. 31.

Coronedi, G., Etude sur la physiologie de la glande thyréoïde et des glandes parathyréoïdes. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 39.

Creuzon, Etude des mains par *H. Holbein*. Neuv. Iconogr. de la Salp. XXI. 3. p. 245. Mai—Juin.

Cruchet, Reni, Les pòriodes de l'évolution psychique au moment de la puberté. Progrès méd. 3. S. XXIII. 44.

Cruise, Francis R., A simple sphygmometer. Lancet Aug. 22. p. 542.

Dally, J. F. Halls, An inquiry inte the physiological mechanism of respiration with special roference to the mevements of the vortebral colnmn and diaphragma. Journ. of Anat. a. Physiol. XLIII. 1. p. 93. Oct.

Davenport, C. B., Heredity ef some human physical characteristics. Proceed nf the Soc. experim. Biol. a. Med. V. p. 101.

Deganello, U., Les apparats nerveux périphériques du rythme réspiratoire chez les poissons téléostiques. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 113.

Delitala, F., Le foie du chien aprés l'ablation complète de l'appareil thyréo-parathyréoïdien. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 100.

Discussion on the teaching and examination in anatomy. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Discussion on colour vision and its anomalies. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Dittler, R., u. N. P. Tichomiroow, Zur Kenntniss d. Muskelrhythmus. Arch. f. Physiol. CXXV. 3 u. 4. p. 111.

Dochez, A. R., A preliminary report upon the effects of feeding animals upon an iodine-free diet. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 209. p. 235. Aug.

Dreser, H., Die Bestimmung d respirator. Capacität kleiner Blutmengen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. p 138.

Dürr, E., Ueber d. experim. Untersuchung d. Denkvorgänge. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XIIX. 5. p. 313.

Edridge-Green, F. W., A method of testing hue perception. Jonrn. of Physiol. XXXVII. 3. p. LIX.

Eggert, Bruno, Untersuchnngen über Sprachmelodie. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XIIX. 3 u. 4. p. 218.

Einthoren, W., Ueber Vagusströme. Nach gemeinschaftl. mit *A. Flohil* u. *P. J. T. A. Baltaerd* angestellten Versuchen. Arch. f. Physiol. CXXIV. 3—5. p. 246.

Emin, Einige neue Misshildungen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 407.

Erp Taalman Hip, M. J. van, Studiön over Associatie. Psych. en neurol. Blader I. hlz. 293.

Ewald, J. Richard, Das Augenschwingen d. Vögel. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl.-Bd. p. 164.

Ewald, J. Rich., u. G. A. Jäderhelm, Herabsetzung d. subjektiven Tenhöhe durch Steigerung d. objektiven Intensität. Arch f. Physiol. CXXIV. 1 u. 2. p. 29.

Falk, Fritz, Ueber d. chem. Zusammensetzung d. peripheren Nerven. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 153.

Falta, G., et S. Mundulo, Le cours de l'inanitien absolue chez le carahus morbillose à la lumière diffuse et dans l'obscurité. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 65.

Falta, W., u. C. Rudinger, Ueber d. Wechselwirkungen d. Drüsen mit innerer Sekretion. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1 u. 2. p. 1.

Farini, A., Sur les variatious qnantitives dn glycogène et des substances albumineux du foie soua l'influence de la température et après la sectien du vagus. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 217.

Ferrata, A., Können d. polynucleären Leukocyten auch von d. uninucleären d. Blutes abstammen? Mit Bemerkungen von *R. Pappenheim*. Fol. haematol. II. 2. p. 160. 165.

Fischer, Bernh., Zur Sektionstechnik. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 16.

Fischer, J. T., u. Jörgen Möller, Beiträge zur Kenntniss d. Mechanismus d. Brust- u. Falsettstimme. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. n. s. w. XLII. 8.

Fischer, Martin H., Ueber d. Analogie zwischen d. Wasserabsorption durch Fibrin u. durch d. Muskel. Arch. f. Physiol. CXXIV. 1 u. 2. p. 69.

Flesch, Max, Die Beziehungen zwischen Mann u. Frau in d. Entwickelung d. Menschengeschlechtes. Festschr. d. 39. Jahresversammlong d. anthropol. Ges. Frankfurt a. M.

Foster, Nellis B., and Adrian V. S. Lambert, Variation in hydrochlerio acid secretion during the digestive period. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 107.

Frederic, Lèon, Histor.-krit. Bemerkungen über d. von klin. Seite neuerdings anerkannte Identität d. Venen- u. Oesophaguspulsbilder mit d. Vorkammerdruckcurven. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 10.

Frets, G. P., Ueber d. Entwickelnng d. Wirbelsäule von Echidna hystrix. Morphol. Jahrb. XXXVIII. 4. p. 608.

Freytag, Friedrich, Männl. u. weibl. Blutkörper. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 12.

Freytag, F., Zur Funktion d. Lymphdrüsen u. d. Knochenmarks b. Kaninchen. Arch. f. Physiol. CXXV. 3 u. 4. p. 237.

Frehse, Fritz, u. Max Fränkel, Die Muskeln d. menschl. Armes. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. XX u. 414 S. mit 154 Abbild. im Texte. 24 Mk.

Frugoni, C., Sur les rapports entre le pneumogastrique et la fenction rénale. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 213.

Fürth, Otto von, u. Carl Schwarz, Ueber d. Natur d. blutdruckerniedrigenden Snbstanz in d. Schilddrüse. Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 361.

Galli-Valerio, Brnno, u. Rochaz de Jongh, Zur Frage d. Eier von Culex cantans. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. 1.

Garrey, Walter E., Negative evidence of the adaptation of dog's salivary secretien to meet and digestive requirement of the diet. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 49.

Gerhartz, Heinrich, Zur Physiologie d. Wachsthums. Biochem. Ztschr. XII. 1. p. 97.

Gerhartz, Heinrich, Registrirung von Bewegungsvorgängen u. feuchten Memhranen. Arch. f. Physiol. CXXIV. 9 u. 10. p. 526.

Gildemeister, Martin, Die Interferenzen zwischen 2 schwachen Reizen. Arch. f. Physiol. CXXIV. 9 u. 10. p. 447.

Gildemeister, M., Ueber die indirekte Muskelerregung durch 2 schwache Stromstösse. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 53.

Glur, Arnold, Ueber rudimentäre Lungenabschnitte h. Rinde. Virchow's Arch. CXCIV. 1. p. 52.

Goerlich, Max, Ueber einige Radiusmissbildungen. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. p. 421.

Golgi, C., Une méthode ponr la prompte et facile demonstratiou de l'appareil réticulaire interne des cellules nerveuses. Arch. ital. de Biel. XLIX. 2. p. 269.

Goodall, J. Strickland, Appetite: an attempted analysis of the psychic factor. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Greifenberg, Martin, Ectopia cordis subthoracica b. lebendem Kinde. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 3. p. 453.

Grossenbncher, Hans, Die Milz ein Organ d. Eisenstoffwechels. Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 12.

Grosser, Otto, Vergleichende Anatomie u. Entwicklungsgeschichte d. Eihäute u. d. Placenta, mit besond. Berücksichtigung d. Menschen. Wien u. Leipzig 1909. Wilh. Braumüller. Gr. 8. XI u. 314 S. mit 210 Abbild. im Text u. 6 Tafeln. 10 Mk.

Grund, Georg, Die Abkühlungsreaktion d. Warmblütermuskels u. ihre klin. Aehnlichkeit mit d. Entartungsreaktion. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 160.

Guthrie, Thomas, The development of the middle ear. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Hnas, Ernst, Ueber d. Beziehungen zwischen d. natürl. Stickstoffnusscheidung u. d. Darmresorption in ihrer Abhängigkeit von Ruhe, Arbeit u. Diurese. Biochem. Ztschr. XII. 3 u. 4. p. 203.

Hällstén, K., Die symptot. Punkte d. Auges. Skandinav. Arch. f. Physiol. XXI. 1. p. 56.

Haenael, E., Ueber d. Glykogengehalt d. Froschlaiches. Biochem. Ztschr. XII. 1. p. 138.

Hnldane, J. S., On the relation of physiology of physics and chemistry. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Halpern, Mieczyslnw, Beitrag zum Hungerstoffwechsel. Biochem. Ztschr. XIV. 1 u. 2. p. 134.

Hammar, J. Aug., Glandula parathyreoidea. Hygiea Festb. II. 42.

Handbuch d. physiolog. Methodik. Herausgeg. von *Robert Tigerstedt*. II. Bd. 3. Abth. Muskelphysiologie. Leipzig. S. Hirzel. Gr. 8. 488 S. mit 179 Figg. u. 11 Taf. 18 Mk.

Hnnsmann, Wnlther, Die sensibilisirende Wirkung thierischer Farbstoffe u. ihre physiolog. Bedeutung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 44.

Heine, Ueber d. Accommodation d. Schildkrötenauges (Emys europaea). Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 11.

Hellpach, Willy, Unbewusstes odor Wechselwirkung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVIII. 5 u. 6. p. 321.

Hempelmann, Friedrich, Der Frosch. Zugleich eine Einführung in d. prakt. Studium d. Wirbelthierkörpers. Leipzig. Werner Klinkhardt. 8. VI u. 201 S. mit eingedr. Holzschn. u. 1 Tafel. 4 Mk. 80 Pf.

Hennig, Richard, Beiträge zur Psychologie d. Doppel-Ichs. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLIX. 1 u. 2. p. 1.

Herwerder, M. van, Zur Magenverdauung der Fische. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 5 u. 6. p. 453.

Hess, Walter, Die Viscosität d. Blutes b. Gesunden. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 404.

Hirsch-Tabor, O., Ueber d. Gehirn von Proteus anguineus. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 4. p. 719.

Hörmann, Cnrl, Ueber d. Bindegewebe d. weibl. Geschlechtsorgane. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. p. 404.

Hofmann, F. B., Untersuchungen über d. mechan. Reizbarkeit d. quergestreiften Skelettmuskeln. Arch. f. Physiol. CXXV. 3 u. 4. p. 137.

Holzbach, E., Studien über d. feineren Bau d. secernirenden Uterus- u. Tubenepithels. Beitr. z. Gebnrtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 285.

Hooker, D. R., and J. A. K. Eyster, An instrument for the determination of venous pressure in man. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 210. p. 274. Sept.

Hoorweg, J. L., Ueber d. allgem. Gesetz d. elektr. Erregung. Arch. f. Physiol. LXXIV. 9 u. 10. p. 511.

Hornowski, J., Ueber eine combinirte Färbung mit d. Methode von *van Gieson* u. *Weigert* (f. elast. Fasern). Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u pathol. Anat. XIX. 18.

Hudson-Makuen, G., The essentials of voice production. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 10. p. 440. Sept.

Hultgron, E. O., Ueber Nebennieren — Sekretkörnchen — Oedem — Gewicht. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 551.

Hnltkrantz, J. Wilhelm, Ueber Dysostosis cleidocranialis (congenitale combinirte Schädel- u. Schlüsselbeinanomalien). Ztschr. f. Morphol. u. Anthropol. XI. 3. p. 385.

Jaqnet, A., Zur Mechanik d. Athembewegungen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 309.

Jentsch, Ernst, Die *Möbius*'sche degenerationsmorphol. Sammlung in Leipzig. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 5; März.

Immisch, Ein Beitrag zum Studium d. Herzstosses an einem Exocardiacus. Ztschr. f. Thiermed. XII. 4. p. 241.

Johnston, Henry M., The cutaneous branches of the posterior primary divisions of the spinal nerves and their distribution in the skin. Journ. of Anat. a. Physiol. XLVII. 1. p. 80. Oct.

Joseph, Don R., The relation of the weight of the stomach- and coecum-contents to the body weight in rabbits. Proceed. of the Soc. f. experm. Biol. a. Med. V. p. 118.

Jürgens, Erwin, Sinus sigmoideus d. 7—11jährigen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 8.

Judin, A., Zur Erklärung d. Form d. Elektrokardiogramms. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 12.

Iwanow, Elins, Die Fistelanlegung als Methode zur Erforschung d. Physiologie d. männl. u. weibl. Geschlechtsdrüsen. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 13.

Knhlenborg, Lonie, On the passage of substances into the human system by osmosis. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 118.

Knnasugi, H. E., Beiträge zur topograph.-chirurg. Anatomie d. Pars nasoidea. Wien u. Leipzig. Alfred Hölder. Gr. 8. 25 S. mit 40 Tafeln u. Erklärung. 8 Mk. 60 Pf.

Karnitzky, A. O., Zur Physiologie d. Wachsthums u. d. Entwickelung d. kindl. Organismus. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 4. p. 462.

Kasai, K., Ueber Zwischenzellen d. Hodens. Virchow's Arch. CXCII. 1. p. 1.

Kaufmann-Wolf, Marie, Embryolog. u. anatom. Beiträge zur Hyperdaktylie (Hondanhuhn). Morphol. Jnhrb. XXXVIII. 4. p. 471.

Köllner, Monochromat. Farbensystem als Reduktionsform angeb. Diebromasie. Arch. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XLIII. 3. p. 163.

Köster, Georg, Fettresorption im Darme u. Gallenabsonderung. Leipzig. Dr. Werner Klinkhardt. 8. V u. 98 S. mit 6 Tafeln. 8 Mk.

Koetzle, Symmetr. Syndaktylie mit Hyperphalangie. Charité-Ann. XXXII. p. 335.

Koleki, Wolff, Der Bau d. Leberläppchens unter d. Einfluss d. N. splanchnicus. Virchow's Arch. CXCIII. 2. p. 204.

Kontorowitsch, W., Morpholog. Untersuchungen d. embryonalen menschl. Blutes. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 35. 36. 37.

Kürt, Leopold, Theorie d. Ausbreitung d. Herztöne an d. Brustwand. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 42.

Kulign, Paul, Ueber Sirenenmissbildungen u. ihre Genese. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 3. p. 297.

Kullmann, J., Ein dolichocephaler Schädel aus d. Dachsenbüel u. d. Bedeutung d. kleinen Menschenrassen f. d. Abstammungsproblem d. grossen. Corr.-Bl. d. deutschen Ges. f. Anthropol. XXXIX. 7.

Kurz, Oskar, Ueber d. Regeneration ganzer Extremitäten aus transplantirten Extremitätentheilen vollentwickelter Thiere. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 12.

Digitized by Google

Langelaan, J. W., Over de ontwikkeling dor groote commissuren van het telencephalon hij den mensch. Psych. en neurol. Bl. 3. hlz. 207.

Langelaan, J. W., Over de ontwikkeling van het menschelijk Cerebellum. Psych. en neurol. Bl. 3. hlz. 213.

Langendorff, O., Untersuchungen über d. Schluckreflex. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 106.

Langley, J. N., On the contraction of muscle, chiefly in relation to the presence of receptive substances. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. 4. p. 165. 285.

Lefehure, Considérations sur la physiologie des terminaisons nerveuses sensitives de la peau. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XLIV. 5. p. 382. Sept.—Oct.

Leopold, Jerome S., u. A. v. Reuss, Ueber d. Beziehungen d. Epithelkörperchen zum Kalkbestand d. Organismus. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 35.

Lesbre, F. X., et A. Gilly, Etude d'un monstre ischio-ectopage, suivi de considérations générales sur l'ischiopagie complexe. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XLIV. 5. p. 357. Sept. et Oct.

Lessor, Ernst J., Die Wärmeabgabe d. Fröscho in Luft u. im sauerstofffreien Medium. Ztschr. f. Biol. LI. 3. p. 267.

Lewis, Thomas, Studies of the relationship between respiration and blood pressure. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. 213. 233.

Lichtenberg, A. v., Zur Histologie u. Genese d. congenit. Divertikel d. männl. Harnröhre. Mit Bemerkung von *F. Suter*. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. p. 797. 798.

Lichtenstern, Robert, Ein seltener Fall genitaler Missbildung. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 36.

Liehen, S., Zur Physiologie d. Tunica dartos. Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 336.

Lindemann, W., Beiträge zur Theorie d. Harnabsonderung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 u. 3. p. 196.

Lipmanu, Otto, Eine Methode zur Vergleichung von 2 Colloktivgegenständen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVIII. 5 u. 6. p. 421.

Lipmann, Otto, Ein neuer Expositionsapparat mit ruckweiser Rotation f. Gedächtniss- u. Leruversuch. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLIX. 3 u. 4. p. 270.

Loeb, Jacquos, Ueber d. Temperaturcoëfficienten f. d. Lebensdauer kaltblütiger Thiere u. d. Ursache d. natürl. Todes. Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 411.

Loeb, Jacques, Weitere Versuche über d. Entwickelungserregung d. Seeigeleies durch d. Blutserum von Säugethieren. Arch. f. Physiol. CXXIV. 1 u. 2. p. 37.

Loevenhart, A. S., and D. R. Hooker, Noto upon the supposed presence of a gastric hormon in the salivary glands. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 114.

Löwy, Max, Die Aktionsgefühle: ein Depersonalisationsfall als Beitrag zur Psychologie d. Aktivitätsgefühls u. d. Persönlichkeitsbewusstseins. Prag. Druck von Carl Bellmann. 8. 107 S. — Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 32.

Lombroso, Ugo, Ueber d. Ursprung d. Athmungsbewegungen d. Fische. Die Bedeutung d. physikalischen Mediums. Arch. f. Physiol. CXXV. 3 u. 4. p. 161.

London, E. S., Zum Chemismus d. Verdauung. Zur Verdauung u. Resorption basenreicher Eiweisssubstanzen im Darmkanale. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 378.

London, E. S., Weitere Untersuchungen über d. Verdauungs- u. Resorptionsgesetze im Magendarmkanale d. Hundes. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 404.

London, E. S., u. J. D. Pewsner, Die Bedeutung d. Mundaufnahme d. Futters f. d. Magenverdauung. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 384.

London, E. S., u. W. W. Polowzowa, Verdauung u. Resorption d. Kohlehydrate im Magendarmkanale d. Hundes. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 5 u. 6. p. 512.

London, E. S., u. W. W. Polowzowa, Ueber d. Verhalten verschied. Eiweissarten im Magen u. oberen Duodenum d. Hundes. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 113.

London, E. S., u. F. Sundberg, Zur Kenntniss d. Verdauungs- u. Resorptionsgesetze im Magendarmkanale. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 394.

London, E. S., u. Th. Snlima, Verdauung u. Resorption d. Fleisches im Darmkanale. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 4. p. 388.

London, E. S., u. M. A. Wersilowa, Zur Frage über d. Spaltung emulgirter Fette im Magendarmkanale d. Hundes. Ztschr. f. physiol. Chemie LVI. 5 u. 6. p. 545.

Lovell, A. G. Raynes, and H. H. Tanner, Synovial membranes with special reference to those related to the tendons of the feet and ankle. Journ. of Anat. a. Physiol. XLII. 4. p. 415.

Luciani, Luigi, Physiologie d. Menschen. In's Deutsche übertragen u. bearbeitet von *Silvestro Baglioni* u. *Hans Winterstein*. Mit einer Einführung von *Max Verworn*. 11. Lief. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 158 S. mit 65 Abbild. im Texto. 4 Mk.

Macewen, John A., Spina bifida occulta. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 51. July.

Mao Lennan, Alex., An experimental investigation into the function of the thymus gland. Glasgow med. Journ. LXX. 2. p. 97. Aug.

Manners-Smith, T., A study of the cuboid and os peronoum in the primate foot. Journ. of Anat. a. Physiol. XLII. 4. p. 397.

Marhe, Karl, Ueber d. Verwendnng russender Flammen in d. Psychologie u. d. Grenzgebieten. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLIX. 3 u. 4. p. 206.

Marcus, Harry, Zur Kenntniss d. Gymnophionen. Morphol. Jahrb. XXXVIII. 4. p. 590.

Marx, Methodik d. Gleichgewichtsprüfung f. d. Nähe. Arch. f. Ophthalmol. LXIX. 1. p. 184.

Mathew, Philip W., A case of hereditary brachydactyly. Brit. med. Journ. Oct. 3.

Mayer, Kurt, Ist d. *Schütz*'sche Gesetz d. Pepsinverdaunng nngültig? Berl. klin. Wchnschr. XLV. 32.

Meirowski, E., Ueber d. Ursprung d. melanot. Pigments d. Haut u. d. Auges. Leipzig. Dr. Werner Klinkhardt. Gr. 8. VIII u. 123 S. mit 8 Tafeln. 15 Mk.

Mendel, Lafayetto B., Further observations on the parenteral utilization of carbohydrates. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 112.

Metcalf, Carleton R., 2 palatal anomalies. Boston med. a. surg. Journ CLIX. 13. p. 409. Sept.

Meves, Friedrich, Die Chondriosomen als Träger erbl. Anlagen. Cytolog. Studien am Hühnerembryo. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 4. p. 816.

Michailow, Sergius, Zur Frage über d. Innervation d. Blutgefässe. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 3. p. 540.

Michailow, Sorgins, Die feinere Struktur d. sympath. Ganglien d. Harnblase h. d. Säugethieren. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 3. p. 554.

Mills, Wesley, Psychology in relation to physiology, psychiatry and geueral medicine. Amer. Journ. of Insan. LXI. 1. p. 25. July.

Minkowski, O., Zur Kenntniss d. Funktion d. Pankreas h. Zuckerverbrauch. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 395.

Misshildungen n. Bildnngsanomalien s. II. *Bayer, Discussion, Emin, Glur, Goerlich, Hultkrantz, Kaufmann, Koetzle, Kuliga, Lesbre, Lichtenstern, Macewen, Oeynhausen, Orzechowski, Pohlmann, Reuss, Schmitt, Schubert, Strehl.* III. *Herxheimer.* IV. 4. *Gierke, Goodala, Meloy;* 6. *Latzel;* 11. *Graefenberg.* V. 2. b. *Ralenon;* 2. c. *Boigey, Vanverts;* 2. e. *Bülow, Flinker.* XI. *Mader.*

Modrakowski, Georg, Ueber d. physiolog. Wirkung d. Cholins. Arch. f. Physiol. CXXIV. 11 u. 12. p. 601.

Möller, Jörgen, Die Glottis. Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 3. p. 355.

Morishima, K., u. J. Fujitani, Zur Untersuchungsmethode d. spontanen Bewegung d. Froschmagens. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 407.

Mosso, H. Ugolino, Influenza degli emozioni sulla ferza dei muscoli. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 415.

Müller, Erik, Om den morfologiska riktningen i anatomien jämte ett bidrag till extremiternas morfologi hos ayggradsdjuren. Hygiea Festb. I. 5.

Müller, Otfried, Das absolnte Plethysmogramm. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Müller, R., Ueber d. Zuckungsreihe d. mit Veratrin vergiftoten Maskels. Arch. f. Physiol. CXXV. 3 u. 4. p. 173.

Mnmmery, P. Lockhart, and W. Legge Symes, Dnration of effect of pituitary extract on arterial pressure. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. LVI.

Nemiloff, Anton, Einige Beobachtungen über d. Bau d. Nervengewebes b. Ganoiden u. Knochenfischen: Der Bau d. Nervenfasern. Arch. f. mikroskop. Anat. LXXII. 3. p. 575.

Njegotin, J. N., Ueber d. Bedentung d. Registrirung d. Glockeasignale b. Anwend. d. graph.-akust. Methode. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 9.

Nnssbanm, M., Zur Mechanik d. Einblage b. Rana fusca u. Rana esculenta. Arch. f. Physiol. CXXIV. 1 n. 2. p. 100.

Ooynhauson, Hans v., Ueber einen Fall von Thoracopagus tetrahrachius. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 11.

Onodi, A., Das Gehirn u. d. Nebenhöhlen d. Nase. Wien u. Leipzig. Alfred Hölder. Gr. 8. V u. 13 S. mit 63 Tafeln. 10 Mk.

Orzechowski, Kasimir v., Ein Fall von Missbildung d. Lateralrecessus. Ein Beitrag zur Onkologie d. Kleinhirnbrückenwinkels. [Arh. a. d. neurol. Inst. d. Univers. Wien. XIV.] Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 8. 86 S. mit 10 Abbild. im Text n. 1. Tafel.

Pappenheim, A., Ueber d. grosse mononncleäre ungekornte Zelle unter d. Leukocyten. Fol. haematol. VI. 3. p. 217.

Parl, G. A., Ueber d. Einfluss d. Schilddrüse auf d. zeitl. Ablauf d. Zersetzungen. Biochem. Ztschr. XIII. 3 u. 4. p. 281.

Parsons, F. G., Further remarks on traction epiphyses. Journ. of Anat. a. Physiol. XLII. 4. p. 388.

Patella, Zur neuen Classificirung d. Leukocyten d. Bintes, vorgeschlagen von *A. Ferrata*. Fol. haematol. VI. 3. p. 195.

Patten, C. J., Meso-photography and its applicatioa to delicated unfixed embryos. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Petter, Ignaz, Die Leistungen des Sphygmographen. Ztschr. f. Biol. LI. 3. p. 335. 354.

Pick, Ernst P., u. Fried. Pincles, Ueber die Beziehnngen der Schilddrüse zur physiolog. Wirkung. d. Adrenalins. Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. p. 473.

Piper, H., Ueber die Leitungsgeschwindigkeit in den markhaltigen monschl. Nerven. Arch. f. Physiol. CXXIV. 11 u. 12. p. 591.

Plasamann, J., Astroaemie u. Psychologie. Ztschr. f. Psychol. n. Physiol. d. Sianenorg. [I. Psyobol.] XLIX. 3 u. 4. p. 254.

Pohlmann, Augnstus Grote, Multiple anomalies in the nper extremities of one cadaver. Journ. of Anat. u. Physiol. XLII. 4. p. 433.

Posner, C., Die Verwendung d. Dankelfeldbeleuchtung in der klin. Mikroskopie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Rabl, Hans, Ueber d. Entwickelung d. Vorniere b. d. Vögeln, nach Untersuchungen am Kiebitz. Arch. f. mikrosk. Anat. LXXII. 4. p. 731.

Ramsey, Walter Roeve, Ueber d. Vorhandensein von Pepsin im Magen d. Säuglings u. d. Abhäagigkeit seiner vordauenden Kraft von d. Anwesenheit d. Salzsäure. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 2. p. 191.

Rancken, Dodo, Beiträge zur Kenntniss der Körpertemperatur d. Menschen. Skandinav. Arch. f. Physiol. XXI. 2 u. 3. p. 161.

Rancken, Dedo, u. Robert Tigerstedt, Weiteres über d. Temperatur im Magen d. Menschen. Skandinav. Arch. f. Physiol. XXI. 1. p. 80.

Regaud, Cl., et G. Dubreuil, Influence dn mâle sur les fonctions ovarieanes. Lyon méd. CXI. p. 321. Août 30.

Reichardt, Die Methode d. Kopfmessung am lebenden Menschen nach Prof. *Rieger*. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachsian. XXVIII. 1 u. 8.

Reichenow, Eduard, Die Rückbildangserscheinungen am Annrendarm wahrend d. Metamorphose n. ibre Bedeutnng f. d. Zellforschung. Arch. f. mikrosk. Anat. LXXII. 4. p. 671.

Reicher, K. Beziehungen zwischen Adrenalsystem u. Niere. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Retzius, Gustaf, Till kännedomen om byggnadon och utvecklingen af förbindningsstycket hos däggdjursspermierna. Hygiea Festb. I. 1.

Reuss, A. von, Congenitale Ohliteration d. Gallengänge. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 19. p. 129.

Reuter, F., Kopfform u. Körperbau. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. V. 4. p. 449.

Roynolds, Walter H., Some observations on the urethral length. New York med. Record LXXIV. 12. p. 489. Sept.

Roger, H., Introduction à l'étude de la viscosité du sang. Arch. de Méd. experim. XX. 5. p. 565. Sept.

Rona, Peter, u. Leonor Michaelis, Untersuchungen über den parenteralen Eiweissstoffwechsel. Arch. f. Physiol. CXXIV. 11 u. 12. p. 578.

Roscher, Ein Beitrag znr vergleichenden Histologie der Glandula parotis u. des Ductus parotideus b. d. Haussäugethieren. Ztschr. f. Thiermed. XII. 4. p. 252.

Rosenheim, Otto, and Christine M. Tebb, The optical activity of so-called protagon. Journ. of Physiol. XXXVII. 4. p. 341.

Rosenheim, Otto. and Christine Tebb, On a new physical phenomenon observed in connection with the optical activity of so-called protagon. Journ. of Physiol. XXXVII. 4. p. 348.

Ross, H. C., On the vacuolation of leucocytes and tho lquefaction of their cyteplasm. Journ. of Physiol. XXXVII. 7. p. 337.

Rowntree, Cecil, A note on the use of parafinnm liquidum as an immersion oil. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 28. July.

Rynberk, G., Sur nne disposition particulière dans la squelette cutané de quelques selaciens. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 303.

Sabrazès, J., et L. Mnratot, Observatiens snr le sang de la torpille (torpedo marmorata *Risso*). Fol. haematol. VI. 2. p. 167.

Sabrazès, J., et L. Muratot, Le sang de l'axolotl. Fol. haematol. VI. 2. 171.

Salling, Gortrud, Associative Massenversnchо. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psyehol.] XLIX. 3 n. 4. p. 238.

Salvioli, J., et A. Carrare, Sur le physiologie de l'hypophyse. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 1.

Samojloff, A., Demonstration der objektiven Farbeneinstellung. Ztschr. f. Psyohol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XLII. 3. p. 237.

Scaffidi, Vittorio, Ueber d. Veränderungen d. Gasstoffwechsels nach Ausschaltung d. Leberkreislaufs. Biochem. Ztschr. XIV. 1 u. 2. p. 156.

Schaeffer, G., Sur la physiologie du thymus. Progrès méd. XXIII. 30.

Schilling, V., Zur Kenntniss d. Baues u. d. Funktion d. *Kupffer*'schen Sternzellen in d. Leber. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 14.

Schiötz, Hj., Tonometri. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 9. p. 848.

Schmidt, Johannes Ernst, Ein Beitrag zur Frage d. Magensensibilität. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 278.

Schmidt, P., Ueber Jugendstadien d. rothen Blutkörperchen. Arch. f. mikrosk. Anat. LXXII. 3. p. 497.

Schmitt-Marcel, William, Ueber Pseudohermaphroditismus b. Rana temporaria. Arch. f. mikrosk. Anat. LXXII. 3. p. 516.

Schmidt-Nielsen, Sigval, Bidrag til kjendskabet om forkammersystolen. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 10. s. 988.

Schneider, K. C., Das Grundproblem d. Descendenztheorie. Wien. klin. Rundschau XXII. 31. 32.

Schottelius, Max, Die Bedeutung d. Darmbakterien f. d. Ernährung. Arch. f. Hyg. LXVII. 3. p. 177.

Schreiber, L., u. P. Schneider, Eine Methode zur Darstellung von Pigmenten u. ihrer farblosen Vorstufen mit bes. Berücksicht. d. Augen- u. Hautpigmente. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Schubert, Gotthard, Herzlose Missgeburten. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 3. p. 312.

Schütz, Die Silberimprägnation d. Neurofibrillen nach *Bielschowsky*. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 19.

Schultze, F. E. Otto, Ueber d. physiolog. Fehlerquellen b. d. palpator. Blutdruckmessung nach *Riva-Rocci* u. *v. Recklinghausen*. Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 392.

Schuster, E. H. J., Descriptions of 3 Chinese brains. Journ. of Anat. a. Physiol. XLII. 4. p. 351. XLIII. 1. p. 59.

Schwalbe, J., Die Wandlung d. anat. Unterrichts in Berlin vor 25 Jahren. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Scott, F. H., On the relative parts played by nervous and chemical factors in the regulation of respiration. Journ. of Physiol. XXXVII. 4. p. 301.

Seemann, J., Zur Technik d. unpolarisirbaren Elektroden u. über d. Bedeutung d. Färbbarkeitsänderung thierischer Gewebe nach elektr. Polarisation. Ztschr. f. Biol. LI. p. 310.

Silbermann, Der Tonograph, ein neuer Apparat graph. Blutdruckbestimmung. Med. Klin. IV. 35.

Smirnoff, P. P., Ein Fall von vollst. seitl. Verlagerung d. Eingeweide, Situs viscerum inversus totalis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42.

Smith, A. Lapthorn, The explosion of the theory of heredity. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 12. p. 529. Sept.

Smith, G. Elliott, The significance of fusion of the atlas to the occipital bone and manifestation of occipital vertebral. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Smith, G. Elliott, Right-handedness. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Smith, J. Lorrain, and W. Mair, On investigations of the principles underlying *Weigert's* method of staining medullated nerve. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 14. July.

Solomowioz, Julius, Vom Centrum d. Submaxillardrüse. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 15.

Staehelin, R., Versuche über Gaswechsel u. Energieverbrauch nach Nahrungsaufnahme. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 3 u. 4. p. 201.

Sternberg, Wilhelm, Der Appetit in d. Theorie u. in d. Praxis. Centr.-Bl. f. Physiol. XXII. 11.

Sternberg, Wilhelm, Die Schmackhaftigkeit u. d. Appetit. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XLIII. 3. p. 224.

Stilling, J., Zur Frage nach d. Existenz d. Glaskörperkanals. Arch. f. Ophthalmol. LXIX. 1. p. 192.

Stoeltzner, Helene, Ueber d. Einfl. von Strontiumverfütterung auf d. chem. Zusammensetzung d. wachsenden Knochens. Biochem. Ztschr. XII. 1. p. 119.

Stoerk, O., Kommen in d. Zellcomplexen d. Nebennierenrinde drüsenartige Lumina vor? Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36.

Stoerk, Oskar, u. Hans von Haberer, Beitrag zur Morphologie d. Nebennierenmarks. Arch. f. mikrosk. Anat. LXXII. 3. p. 481.

Stookey, L. B., On the physiology of the thyroids. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 121.

Strehl, Hans, Congenitale Retroposition d. Dickdarms. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 8. — Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 160.

Symonds, Brandreth, The influence of overwight on vitality. New York med. Record LXXIV. 10. p. 389. Sept.

Tims, H. W. Marett, Tooth, vestiges and associated works — parts in the Manidae. Journ. of Anat. a. Physiol. XLII. 4. p. 375.

Tusker, D. L., What is a practical examination in anatomy? Calif. State Journ. of Med. VI. 10. p. 329. Oct.

Unna, P. G., Ueber d. Zusammensetzung u. d. Bedeutung d. Hornsubstanzen. Med. Klin. IV. 33.

Uskoff, L., Der Sphygmotonograph. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1 u. 2. p. 90.

Ustjanzew, W., u. G. Bogajeweki, Verwerthung d. Energie d. Rauchfutters in Beziehung zur Umgebungstemperatur u. zum Ernährungszustande d. Kaninchens. Biochem. Ztschr. XIII. 5 u. 6. p. 365.

Van der Hoeven, Leonhard, J., Ueber das Empfinden gewisser Dickenunterschiede. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XLIII. 3. p. 168.

Verocay, José, Beseitigung d. Formalniederschläge aus mikroskop. Schnitten. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 19.

Victoroff, Konstantin, Zur Kenntniss d. Veränderungen d. Fettgewebes b. Frosche während d. Winterschlafes. Arch. f. Physiol. CXXV. 3 u. 4. p. 230.

Von don Velden, F., Die Minderwerthigkeit der Erstgeborenen. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. V. 4. p. 526.

Vogt, H., u. P. Rondoni, Zum Aufbau d. Hirnrinde. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Wakefield, Homer, The physiology and pathology of the emotions. New York med. Record LXXIV. 8. p. 310. Aug.

Walter, F. K., Zur Kenntniss d. peripher. markhaltigen Nervenfasern. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 152.

Walter, A. D., Action of salts upon the contractility of isolated muscle. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. 41.

Walter, Curt, Die Sehnenscheiden u. Schleimbeutel d. Gliedmaassen d. Hundes. Dresden. Druck von Otto Franke. 8. 70 S. mit 3 Tafeln.

Walz, Karl, Ueber d. Durchgängigkeit d. Schleimhäute insbes. d. Magendarmwand f. Leukocyten. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 244.

Waterman, N., u. H. J. Smit, Nebenniere u. Sympathicus. Arch. f. Physiol. CXXIV. 3—5. p. 198.

Weight, Jonathan, The tenics from an evolutionary point of view. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 3. p. 241. Aug.

Woiss, O., u. E. Laqueur, Die Beziehungen zwischen zeitl. Dauer u. Intensität eines Lichtreizes b. Minimalerregungen d. Sehorgans. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. 189.

Weissenberg, S., Das Wachsthum d. Kopfes u. d. Gesichts. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 3. p. 304.

Westensijk, N. van, Apparat z. Bestimmung d. Blutdruckes im ganzen Kreislauf d. oberen Extremität. Universales Sphygmomanometroskop. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 43.

Digitized by Google

Wetzel, G., Besitzt d. Zapfonfaser eine Dreitheilung? Arch. f. Physiol. CXXIV. 11 u. 12. p. 639.

Winterstein, Hans, Beiträge zur Kenntniss d. Fischathmung. Arch. f. Physiol. CXXV. 1 u. 2. p. 73.

Wolfrum, M., Ueber Ursprung u. Ansatz der Zonulafasern im menschl. Auge. Arch. f. Ophthalmol. LXIX. 1. p. 145.

Wright, William, 18th. report on recent teratological literatnre (1907). Jonrn. of Anat. a. Physiol. XLIII. 1. p. 115. Oct.

Yamada, Kaudo, Ein Beitrag zu den Untersuchungsmethoden über Erythrocytenformen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Young, F. A., and J. E. Lehmann, Internal secretion of the suprarenals. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. LIV.

Zimmermann, A., Ueber d. Vorkommen von Mastzellen b. Meerschweinchen. Arch. f. mikrosk. Anat. LXXII. 3. p 662.

Zoth, O., Ueber ein einfaches Fallphonometer u. d. Bestimmung d. Hörschärfe mit demselben. Arch. f. Physiol. CXXIV. 3—6. p. 157.

S. a. I. *Physiol. Chemie u. Physik.* IV. 3. Bönniger, Liebermeister, Lommel. VIII. Variot. X. Dunton. XIII. 2. *Physiolog. Wirkung d. Arzneimittel.* XIV. 2. Alrntz. XVII. Glaser.

III. Allgemeine Pathologie.

(Experimentelle Pathologie. Patholog. Anatomie. Bakteriologie.)

Abel, Rudolf, Bakteriolog. Taschenbuch enthaltend d. wichtigsten techn. Vorschriften zur baktoriolog. Laboratoriumsarbeit. 12. Aufl. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.) 16. VI u. 122 S. (durchschossen). 2 Mk.

Abel, R., u. M. Fioker, Einfache Hülfsmittel zur Ausführung bakteriolog. Untersuchungen. 2. Aufl. Würzburg 1909. Curt Kabitzsch (A. Stnber's Verl.) 16. 57 S. (durchschossen). 1 Mk. 20 Pf.

Adler, Max, Beiträge zur Frage d. Fettresorption unter patholog. Verhältnissen b. Menschen u. b. Thieren. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 3 u. 4. p. 302.

Altana, Giuseppe, Ueber einen vom Meerschweinchen isolirten Tetragenus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. I.

Apolant, H., Zur Bezeichnung d. bösart. epithelialen Neubildungen. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 16.

Apolant, H., u. P. Ehrlich, Ueber d. Genese d. Carcinoms. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 34 S. mit 8 Tabellen. 1 Mk.

Arbeiten auf d. Gebiete d. patholog. Anatomie u. Bakteriologie aus d. pathelog.-anatom. Institut zu Tübingen VI. Herausgegeben von *P. v. Baumgarten.* Leipzig. S. Hirzel. Gr. 8. XII S. u. S. 213—566 mit 16 Textabbild. u. 1 Porträt. 22 Mk.

Archives of the Middlesex-Hosp. VII. Report from the Cancer research laboratories. Vol. XIII. London. Macmillan a. Co. 8. 208 pp.

Arrhenina, Svante, Försok angående agglutination och coagulation. Hygiea Festb. I. 4.

Askanazy, M., Beiträge zu d. Beziehungen zwischen Miss- u. Gesohwulstbildung anlässlich einor Beobachtung oinor eigenart. Schädelhornie mit Lungengliomen. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 433.

Auer, P., Morpholog. u. biolog. Beeinflussung d. Bakterien durch Kalk, mit spec. Berücksicht. d. Kalkdesinfektion. Arch. f. Hyg. LXVII. 3. p. 237.

Bainbridge, William Seaman, Irremovable cancer. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 14. p. 625. Oct.

Ball, V., et H. Alamartine, Ostéo-arthropathies hypertrophiantes d'origine tuberculeux chez l'homme et chez le chien. Revne de Chir. XXVIII. 10. p. 472.

Ballin, Das Schicksal inhalirter Schimmelpilzsporen. Ein Beitrag zur Kenntniss d. Infektionsweges durch Inhalation. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 479.

Banzhap, Edwin J., A stndy of the relative therapeutic value of antitoxic globulin solution and the whole serum. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 105.

Bartel, J.. Ueber d. hyperplast. Constitution u. ihre Bedeutung. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 19. p. 125.

Bartel, Julius, u. Wilhelm Nenmann, Das Verhalten d. Tuberkelbacillen in indifferenten Flüssigkeiten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVII. 4. 5.

Battaglia, Mario, Einige Untersuchungeu über d. Nagana-Trypanosoma. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Bechhold, H., Phagocytosestudien. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Behla, Robert, Die künstl. Züchtung d. Krebserregers, seine Feststellung in d. Aussenwelt u. d. rationelle Krebsschutz. Berlin. Richard Schötz. Gr. 8. VIII u. 84 S. mit 2 Tafeln. 2 Mk. 50 Pf.

Beilby, George E., A clinical study of hypernophroma. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 279.

Beiträge zur Physiologie u. Pathologie, herausgeg. von *O. Weiss.* Stuttgart. Ferd. Enke. 8. 210 S. mit 4 Textabbild., 1 Portr. u. 1 Tafel. 8 Mk.

Bensen, W., Bau u. Arten d. Gattung Lamblia. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 1. p. 109.

Bensen, W., Die Darmprotozoen d. Menschen. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 20. p. 661.

Bergey, D. H., and Sylvester J. Deeham, The colon-aërogenes group nf bacteria. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 6 a. 7. p. 154.

Berner, O., Subcutane Fettgewebenekrose. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 488.

Betegh, L. v., Neue differentialdiagnost. Färbemethode f. Tuberkel, Perlsucht- u. andere säurefeste Bacillen. Centr.-Bl. f. Baktoriol. n. s. w. XLVII. 5.

Bezançon, T., et A. Philihort, Rechorche du bacille de *Koch* dans l'urine par l'examen direct. Presse med. helge LX. 36.

Bezzola, Carlo. Ueber d. sogen. thiorischen Bacillen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. I.

Bittorf, A., Zur Patbologie d. Wasser- n. Salzstoffwechsels. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 84.

Bloomfield, M. D., The painfull cutaneous zones in visceral disease. New York med. Record LXXIV. 9. p. 358. Aug.

Blumenthal, Richard, Sur la phagocytose d'érythroblastes par des macrophages au soin de la moelle osseuse. Folio haematol. VI. 3. p. 193.

Boek, Johannes, Beitrige zur Methodik d. Isolirung d. Herz-Lungenkreislaufs u. Untorsuchnngen über d. Arbeit d. Herzens b. Fiebertemperatur. Arch. f. experim. Pathol. n. Pharmakol. Suppl. p. 83.

Boldyreff, W. N., Ueber d. Einfluss von hohor u. niedriger Temperatur auf thyreoidektomirte Hunde. Centr.-Bl. f. Pbysiol. XXII. 10.

Bolognesi, G., Modifications chimiques du sèrum de sang dans les infections par des pyogènes communs. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 171.

Bonney, Victor, The connective tissues in carcinoma and in certain inflammatory states that precede its onset. Arch. of the Middl. Hosp. XIII. p. 24.

Bordet, J., et F. Parker Gay, L'absorption de l'alexine et le ponvoir antagoniste des sérums normaux. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 8. p. 625. Août.

Britenstool, Harey, The use of bacterial vaccines. New York med. Record LXXIV. 6. p. 229. Aug.

Bregsch, Theodor, u. Julius Citron, Ueber d. Absorption d. Harnsäure durch Knorpel. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 400.

Busch, M., u. E. Biehergeil, Experiment. Untersuchungen über Verhütung von peritonäalen Adhäsionen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 99.

Busse, W., Ueber d. Beeinflussung d. hämolyt. Complements durch Injektion Leukocytose erregender Mittel. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Calcar, R. P. ven, Specificiteit, verwantschap en pathogenese. Nederl. Weekhl. II. 5.

Calleja, Camilo, Enpyrexie. New York med. Record LXXIV. 17. p. 705. Oct.

Capellani, Salvatoro, Un bnonterreno nutritivo per l'isolemento del bacillo di *Loeffler*. Ril. med. XXIV. 39.

Cerepelle, E., Ueber d. Reduktionserscheinnngen d. Bakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

Chirivino, Vincenzo, Sulla importa della ricercha del treponoma pallido in talene lesioni clinicamente suspette. Ril. med. XXIV. 40.

Chuvin, M., Zur Casuistik d. Chorionepithelioms h. Männern. Med. Klin. IV. 31.

Cimoroni, A., Sur le griffe des parathyroïdes. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 144.

Clarke, J. Michell, A case of ecute lymphadenoma. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 92.

Coce, Arthur F., Beitrag znr Antikörperentstehung. Biochem. Ztschr. XIV. 1 n. 2. p. 125.

Cole, Rulus I., and M. R. Smirnow, The proinfective (aggressive) action ol normal hlood-serum. Bull. ol the Johns Hopkins Hosp. XIX. 210. p. 249. Sept.

Comolli, Antonio, Ueber d. Folgen d. Implung von Mikroorganismen in d. Gelenkhöhlo d. normalen u. immunisirten Thiere. Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVII. 5.

Courtauld, Lonis, and Archibald Leitch, The occurrence ol lumina in malignant tumours. Arch. ol the Middl. Hosp. XIII. p. 69.

Crendiropoulo, Milton, Sur le mecanisme de la réaction *Bordil-Gengou*. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 9. p. 728. Sept.

Denison, Henry S., Amboceptors and complement in typhoid sera. Bull. ol tho Johns Hopkins Hosp. XIX. 210. p. 263. Sept.

Dietrich, A., Dio Bedeutung d. Dunkelfeldbeleuchtung l. Blntuntersuchungen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Dietrich, A., Beobachtungen über Hämolyse b. Dnekelfeldbeleuchtung. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. n. s. w. VI. p. 375.

Doerr, Ueber oin neues invisibles Virus (vorläul. Mittheilnng). Berl. klin. Wchnschr. XLV. 41.

Doerr, R., u. H. Ranbitschek, Toxin u. anaphylaktisirende Substanz d. Aalserum. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 33.

Dold, H., Lipom mit Knochen- u. Knorpelhildung. Arb. a. d. Geh. d. pathol. Anet. u. s. w. VI. p. 563.

Dominikiewioz, M., Zur Frage über d. Einhoit d. Zusammensetzung u. Herstellnngswoisen von Nährsnbstraten f. Bakterien. Ceetr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

v. Dungern u. Coca, Beitrag zum Wesen d. Anticomplementwirkung. Biochem. Ztschr. XIII. 1 u. 2. p. 132.

Eckermann, Alois, Ueber Narbencarcinome. Wien. klin. Rundschau XXII. 39. 40.

Eisenberg, Philipp, Studien zur Ektoplasmatheorie. Centr.-Bl. l. Baktoriol. u. s. w. XLVII. 4.

Eisenherg, Philipp, Ueber elastikotrop. Erscheinungen h. Wachsthum d. Bacillus anthracis u. verwandter Bacillen aul Serumnährböden. Centr.-Bl. l. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. 1.

Emmerich, Rudolf, u. Osker Löw, Sind d. bakterioidon Bestandtheile d. Pyocyanase Lipoide? Wien. klin. Wchnschr. XXI. 36.

Engel, C. S., Blutuntersuchungen in d. ärztlichen Praxis. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 9. p. 402.

Eppenstein, Hermann, Ueber d. Beeinflussung d. proteolyt. Lenkocytenfermentes durch menschl. Blutsera u. über d. diagnost. Bedeutung solcher Antifermentwirknngen. Deutsches Arch. l. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 229.

Esch, Ueber Krankheitsdisposition. Fortschr. d. Med. XXVI. 23. p. 705.

Evens, H. M., On the occurrence ol newly lormed lymphatic vessels in malignant growths. Bull. of the Johns Hosp. XIX. 209. p. 232. Aug.

Eve, Frank C., and J. M. Clements, 2 clinical types ol the meningococcus and their bacteriological dilferentiation. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Eyre, J. W. H., The elfect of the staphylo-opsonine-index produced by tho oral administration ol yeast fat. Folie therapeut. II. 3. p. 79.

Fohre u. Sachs-Müke, Beitrag zur Züchtung u. Isolirung von Anaérobiern. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. 1.

Fermi, Claudio, Wuthinlektion u. antirah. Immunisirung aul endorectalem Wege. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

Fernet, W., u. W. Heubner, Versuche über d. Entstehung d. Sepsins. Arch. l. exporim. Pathol. u. Pharmekol. Suppl. p. 176.

Fichèra, G., De la mécanomorphose ee pathologie. Arch. de Méd. expérim. XX. 4. p. 453. Juillet.

Fleig, M. C., Actioe des précipitiees sur divers liqnides organiqnes.. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 113. Août.

Floischmann, Paul, u. Heinrich Devidsohn, Ueber Cytotoxine. Folia serol. I. 3. p. 173.

Foderà, F. A., Influence des mouvements passives et de la circulation artéficielle sur lo rendement de lymphe et snr l'absorption par les vaisseaux lymphetiqnes dans les cadavres d'animaux. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 194.

Fraenkel, C., Implversucho mit spirillenhalt. Blute. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 39.

Fraenkol, C., Geisselläden an den Spirillen des Recurrens- u. d. Zeckenfiebers. Ceutr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVII. 4.

Frengenheim, Paul, Die Wirkung d. Bindenstauung im Thiorexperiment. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. p. 411.

Frei, Welter, On surface tension of serum. Transvsal med. Journ. IV. 1. p. 2. Ang.

Fromme, F., Ueber d. Unterscheidung d. hämolyt. virulenten n. d. hämolyt. nicht viruleeten Streptokokken. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 37.

Fürbringer u. W. Stictzel, Ueber d. Lebensdauer von Cholera- u. Typhnsbakteriee in Spülgruben. Ztschr. l. Hyg. u. Inlektionskrankh. LXI. 2. p. 282.

Galli-Valerio, Bruno, Notes de parasitologie. Centr.-Bl. l. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

Galvagno, O., u. A. Calderíni, Lebensdaner u. Virulenz d. Typhusbacillus in Gruben, Tonnen u. im Bodon. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 185.

Gilmen, Philip K., A report on tho first 100 autopsies at the Philippine medical school. Philippine Journ. ol Se. III. 3. p. 211. July.

Goldheum, Mieczyslaw, Ueber specif. Neurotoxine. Berl. khn. Wchnschr. XLV. 40.

Gonder, Richard, Spirochaeten aus d. Darmtraktus von Pinna: Spirochaete pinnae nov. spec. u. Spirochaete *Hartmanni* nova species. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Gordon, W., The value ol diminished cardiac dullness in tho diagnosis of cancer. Brit. med. Journ. Aug. 8.

Gottstein, E., Ueber d. gift. u. immneisirende Wirkung pepsinverdauender Typhusbacillen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 255.

Digitized by Google

Gregg, Donald, A modification of the *V. Drigalski-Conradi* litnous laotose agar for the isolation of the bac. typhosus. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 5. p. 143. Aug.

Groher, J., Adrenalinerkrankung d. Kaninchenleber. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 32.

Groes, Oscar, u. Ednard Allard, Experiment. Beitrag znr Pathologie d. Ochronose. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 384.

Grünbaum, Albert S., Some experiments with a pathogenic yeast. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 38. July.

Guerrini, G., Sur les fines modifications de structure de quelqnes organes dans le cours de la fatigue. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 161.

Gnyot, G., Ueber d. bakterielle Hämagglutination. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. e. w. XLVII. 5.

Haan, J. de, De coli-agglutinaties. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 376.

Haan, J. de, Beknopt verslag van de werkzenheden in het gneeskund. Laboratorium [te Weltevreden] geduurende het paar 1907. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 307.

Hallopeau, H., Note aur les différeutes voies de propagation secondaire du trèponéma pallidum. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 29. p. 94. Juillet 21.

Hamburger, Franz, u. Romes Monti, Ueber Antitoxinresorption vom Rectum aus. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Hartoch, O., u. W. Yakimoff, Beobachtnngen über Complementschwund b. experiment. Trypanosomen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 40.

Hartoch, O., u. Maria William, Ueber nicht specif. Opsoninschwnnd bei Complementverarmung des Serums trypanosomenkrankor Thiere. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 41.

Hata, S., Ueber Constitution u. Specificität d. Opsonine im normalen Serum. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 1. p. 81.

Heiberg, K. A., Ueber d. Erklärung einer Verschiedenheit d. Krebszellen von anderen Zellen. Nord. med. ark. Afd. II. 3. F. VIII. 1. Nr. 4.

Heller, Josef, Zur Kenntniss d. Amyloidtumoren d. Znnge. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 40.

Herxheimer, Gotthold, Das Carcinoma sarcomatodes, nebst Beschreibung eines einschläg. Tumors d. Oesophagus. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLV. 1. p. 150.

Herxhoimer, G., Casuist. Mittheilungen zur Geschwulstlohre. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 17.

Herxheimer, G., u. K. F. Hoffmann, Ueber d. anatom. Wirkungen d. Röntgenstrahlen auf d. Hoden. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Herzog, R. O., n. A. Meier, Ueber Oxydation durch Schimmelpilze. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 35.

Herzog, R. O., u. O. Ripke, Notiz über d. Umwandlung von Zimmtsäure in Styrol durch Schimmelpilze. Ztschr. f. physiol. Chemie LVII. 1 u. 2. p. 43.

Hess, Ednard, Ueber Idiosynkrasien. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Hess, Leo, u. Paul Saxl, Zur Kenntniss der proteolyt. Zellthätigkeit maligner Tumoren. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 33.

Hoffmann, Rudolf, Ueber d. Einfluss d. Fulguration auf d. Lebensfähigkeit d. Zellen. Munchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Horowitz, Aimée, Contribution à l'étude de la flore bactérienne do l'estomac et do l'intestin grêle chez les chiens. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 4 et 5. p. 421.

Hosemann, Eignet sich d. *Müller*'sche Verfahren zur Unterscheidung von akutem u. tuberkulösem Eiter mittels *Milton's* Reagens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 39.

Hühener, Ist d. Bacillus suipestifer d. Erreger d. Schweinepest oder nicht? Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVII. 5.

Huebschmann, P., Zur Histologie d. Kalkmetastase. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. n. pathol. Anat. XIX. 18.

Hueck, Werner, Ueber d. angebl. Eisengehalt verkalkter Gewebe. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 19. — Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. V. p. 398.

Huguenin, B., De la malignité des tumeurs. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 8. p. 521. Août.

Jackson, Holmes C., On the effect of certain conditions upon postmortem autolysis. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 131.

Janeway, Theodore C., and Herman O. Moaenthal, A study of nitrogen metabolism in a case presenting short paroxysms of fever of unknown origin. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 111.

Jezierski, P. V., Einfl. einzolner Lichtarten auf d. Verlauf d. Entzündung. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 74.

Ikonnikoff, P., Zur Kenntniss d. Aggressinwirkung. Med. Klin. IV. 34.

Immunität s. III. *Connolli*, *Fermi*, *Gottstein*, *Jochmann*, *Mc Culloch*, *Meyer*, *Pfeiffer*, *Schiropp*, *Vaughan*, *Weil*. IV. 2. *Banzhap*, *Hamburger*, *Spengler*. XV. *Kelsch*.

Jochmann, G., Ueber d. Beziehungen d. proteolyt. Leukocytenferments zur allgem. Immunität. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 1. p. 71.

Jochmann, G., u. A. Kantorowicz, Ueber Antitrypsin (Antipankreastrypsin u. Antileukocytenferment) u. Antipepsine im menschl. Blutserum. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1 u. 2. p. 153.

Jorns, August, Ueber Bakterienkatalase. Arch. f. Hyg. LVII. 2. p. 134.

Joseph, F. H., A modification of the *Romanowsky* stain. Lancet Sept. 19.

Israels de Jong, S., L'examen histo-chémique et cytologie des prachnts. Gaz. des Hôp. 99.

Jurewitsch, W., Kartoffelnährbouillon zur Züchtung von Tuberkelbacillen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVII. 5.

Kelly, Bruce C., On the administration and dose of the staphylococcus vaccine. Brit. med. Journ. Oct. 17.

Kemp, Ueber Versnche, aus Gährungsstühlen d. Granulobacillus saccharobutyriens zu züchten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. 1.

Kentzler, Julius, Znr Hämolysinbildung der Typhusbacillen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Kcysselitz, Gustav, u. Martin Mayer, Zur Frage d. Entwickelung von Trypanosoma Brucei in Glossina fusca. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 16. p. 632.

Kleine, F. K., Zur Morphologie d. Spirochaeten. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 15. p. 494.

Klecki, K. v., u. A. Wrzosek, Zur Frage d. Ausscheidung von Bakterien durch d. normale Niere. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 u. 3. p. 145.

Klemperer, G., Ueber d. Gefahr d. Reinjektion grösserer Mengen von Heilserum. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 9. p. 432.

Klimenko, V. N., Bacterium mariense, nn nonvean représentant des bactéries alcaligènes. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 4 et 5. p. 406.

Koch, Josef, Die Differenzirung d. pathogenen u. saprophyt. Staphylokokken. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 84.

Konrich, Ucber d. Einfl. d. Wärme u. Zeit auf d. Ablanf d. Agglutiuation. Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVIII. 1.

Korsohun, C. V., Sur l'action bactéricide de l'extrait leucocytaire des lapins et des cobayes. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 7. p. 586. Juillet.

Digitized by Google

Kraïouckhine, V., Inoculations préventives contre la rage. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 4 et 5. p. 415.

Krause, M., u. King, Beziehungen zwischen Immunität u. Fermentwirkung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Krebs s. III. *Apolant, Bainbridge, Behla, Eckermann, Gordon, Heiberg, Krompecher, Laufer, Leven, Lewis, Mc Culloch, Mc Kenzie, Naegeli, Van Duyse, Von der Velden.* IV. 3. *Karrenstein, Miser;* 5. *Alexander, Bertelli, Boas, Grafe, Keyser, Morris, Nicholson, Pfannstill, Rhenter, Rodella, Schnitzler, Theodorow, Versé;* 9. *Morris. Weinstein;* 10. *Müller, Veit.* V. 1. *Freund, Ryall;* 2. c. *Bergalorme, Clogg, Creite, Daneel, Discussion, Drew, Foote, Hede, Jabouly, Kapler, Tuttle.* VI. *Ballard, Berkeley, Engelhorn, Forssner, Frank, Kehrer, Maier, Offergeld, Sitzenfrey, Staude, Williams, Winter.* VII. *Hofstetter.* XI. *Körner.* XIII. 2. *Evans.* XVIII. *Walker.*

Krompecher, E., Znr Histogenese u. Morpbologie d. Mischgeschwülste d. Haut, sowie d. Speichol- u. Schleimdrüsen. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLV. 1. p. 51.

Krompecher, E., Ueber d. Beziebungen zwischen Epitbel n. Bindegewebe b. d. Mischgeschwülsten d. Haut u. d. Speicbeldrüsen u. über d. Entsteben d. Carcinomsarkome. Boitr. z. pathol. Anat. n. allg. Pathol. XLV. I. p. 88.

Landois, Felix, Zur Kenntniss d. Ochronose. Virchow's Arch. CXCIII. 2. p. 275.

Langwill, Hamilton Graham, Noto on tho treatment of a type of so-called fainting attack. Edinb. med. Jonrn. N. S. I. 2. p. 116. Aug.

Lardy, E., Origine de la tumófaction ganglionnaire. Revue méd. de la Suisse rom. XVIII. 9. p. 582. Sept.

Laufer, Rudolf Hans, Ueber einen sicheren Fall von Implantationscarcinom. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 40.

Lediard, H. A., Lymphangioma. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 207. Sept.

Leitch, Archibald, On secondary malignant conversion of epithelium. Arch. of the Middl. Hosp. XIII. p. 80.

Lentz, O., Bericht über die 2. Tagung der freien Vereinigung f. Mikrobiologie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42.

Levin, Isaac, and John H. Larkin, Transplantation of devitalized arterial segments. Proceed of the experim. Biol. a. Med. V. p. 109.

Lewin, Carl, Die Entstehung von bistolog. neuen Geschwülsten nach d. Impfung mit Carcinom. Charité-Ann. XXXII. p. 77.

Lewis, W. Milton, A case of squamous celled epithelioma. New York a. Pbilad. med. Journ. LXXXVIII. 17. p. 783. Oct.

von Leyden and Carl Lewin, Tho appearance of hetoroplastic tumors in the transplantations of the new growths of animals. New York med. Record. LXXIV. 8. p. 301. Aug.

Libmann, E., The occurence and significance of negative results in bloodculture studies. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 548. Oct.

Liebermann, L. von, Hämagglutination u. Hämolyse. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Liebermann, L. von, Berichtigung einer Angabe über Hämolyse. Biochem. Ztschr. XIII. 5 u. 6. p. 363.

Lindahl, Carl, Om den mänskliga tärvätskans inverkan på bakteria. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 650.

Lindemann, W., Ueber d. Folgen d. Etonephropesie. Ein Beitrag zur Pathogenese d. Kältenephritis. Arch. f. experim. Pathol. n. Pharmakol. Suppl. p. 349.

Lipschütz, B., Ueber mikroskop. sichtbare, filtrirbare Virusarten. (Ueber Strongyloplasmen.) Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. I.

Loeb, Leo, The experimental production of the maternal part of the placenta in the rabbit. Proceed. of the Soc. of experim. a. Med. V. p. 162.

Loeb, Leo, and W. H. F. Addison, Tissue transplantation into different species. Proceed of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 8 a. 9. p. 208.

Löning, F., Ueber sarkomähnl. Umwandlnng in einem suprarenalen Nierentumor. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLV. 1. p. 17.

Logbem, J. J. van, Ueber Agglutination u. Complementablenkung durch Typbusimmunsera. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

Lombroso, U., et A. Sacerdote, Snr les modifications histologiques du pancreas de lapin après la ligature dn conduit de Wirsnng. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 97.

London, E. S., u. E. Riwkind, Zur Lebre d. Zusammensetzung, Verdauung u. Resorption d. Tuberkelbacillen. Ztscbr. f. physiol. Chemie LVI. 5 u. 6. p. 551.

Love, Andrew, Agglutination reactions. Glasgow med. Journ. LXX. 3. p. 199. Sept.

Mc Cnllocb, H. D., On the analogy between spontaneous recoveries from cancer and the specific immunity induced by x ray irradiations of the lymphatic glands involved. Brit. med. Journ. Oct. 27.

Mc Kenzie, Jvy, The occurence of metaplasia of epithelium in cancer. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 99. Jnly.

Marrassini, A., Sur une modification particulière des glandes duodénales du lapin après la ligatnre dn conduit de Wirsnng. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 132.

Marshall, Geo. Balfour, Case of chorion-epitbelioma. Glasgow med. Journ. LXX. 2. p. 109. Aug.

Martini, Amöbenträger. Arcb. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 18. p. 588.

Martinotti, C., Sur les altérations des capsules surrénales consécutives à l'occlusion des veines centrales respectives. Arcb. ital. de Biol. XCIX. 2. p. 236.

Mara, E., Der Erreger d. Pneumonie eines Königstigers (Bac. pneumoniae tigris). Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

Massini, Sporotrichon Bournanni. Med. Klin. IV. 33.

Mayor, Otto, Ueber d. Resistenz von Bacillen d. Typus Paratypbus B in ausgetrockneten menschl. Darmentleerungen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Meyer, Kurt, Versuche über d. chem. Natnr d. hämolyt. Immunkörper. Arch. f. Hyg. LVII. 2. p. 114.

Morton, E. Reginald, The valno of telo-radiography in diagnosis. Brit. med. Jonrn. Sept. 12.

Much, Hans, Ueber bumorale u. leukocytäre Bakteriocidino. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 7. p. 169.

Much, Hans, Ueber eine Vorstufe des Fibrinfermentes in Culturen von Staphylococcus aureus. Biocbem. Ztschr. XIV. 1 u. 2. p. 142.

Muchs, Viktor, Uober d. Nachweis d. Spirochaeta pallida im Dunkelfelde. Med. Klin. IV. 39.

Mühlens, P., n. Löho, Ueber Züchtungsversuche d. Spirochneta pallida. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Mühlens; Dahm u. Fürst, Untersuchungen über Bakterien d. Enteritisgruppe, insbes. über d. sogen Fleischvergiftnngs-Erreger u. d. sogen. Rattenschädlinge. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. 1.

Mühsam, Hans, Zur Blutentnahme f. serodiagnost. Zwecke. Deutscho med. Wchnschr. XXXIV. 42.

Muir, Robert, and Carl Hamilton Browning, On bactericidal action of normal serum. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 76.

Mummery, P. Lockbart, and W. Leggo Symes, Some points in the experimental production and control of the vascular atony of surgical shock. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Naegeli-Akerblom, H., u. Vernier, Ein

Beitrag zur Krebsfrage. Therap. Monatsh. XXII. 10. p. 493.

Nathan, Marcel, La cellule de *Kupffer* (cellule endothéliale des capillaires veineux du foie) ses réactions expérimentales et pathologiques. Journ. d. l'Anat. et de la Physiol. XLIV. 4. p. 271. Juillot-Août.

Negri, A., Beobachtungen über Sarkosporidien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVII. 5.

Neshitt, C. T., A contribution to the study of the diathetic states. New York med. Record LXXIV. 15. p. 615. Oct.

Noeggerath, C. T., Ueber d. diagnost. Werth d. Züchtung menschenpathogener u. saprophyt. Staphylokokken auf blut- u. serumhaltigen Agarplatten. Charité-Ann. XXXII. p. 93.

Odier, R., Traitement des affections sarcomateux. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 10. p. 649. Oct.

Ormerod, J. A., On heredity in relation to disease. Lancet Oct. 24.

Orth, Johannes, Bericht über d. Leichenhaus d. Charité-Krankenhauses f. d. J. 1906. Charité-Ann. XXXII. p. 223.

Ottolenghi, D., Untersuchungen über Trypanosoma *Brucei* n. über Tryp. equinum. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Onterhridge, G. W., Calcified pancreatic cyst. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 5. p. 176. July.

Padlewsky, L., Eine neue Anwendungsmethode d. Malachitgrüns znm Nachweis von Bacillen d. Typhusgruppe. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s w. XLVII. 4.

Pappenheim, A., Panopt. Universalfärbung für Blutpräparate. Med. Klin. IV. 32.

Patella, Vincenzo, *Kurloff*'sche Körper in Mononucleären d. Meerschweinchenblutes u. ihre protozoische Natur. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 41.

Paternô-Castello, Giuseppe Fiorito, Contributo alla morfologia del microorganismo della febbre di Malta. Rif. med. XXIV. 33.

Petry, Engen, Ueber d. Eigenschaften d. eosinophilen Leukocytengranula. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 29.

Pettersson, Alfred, Studier öfver leukocyters bakteriedödande ämnen. Hygiea Festh. II. 46.

Pfeiffer, R., u. E. Friedberger, Kommt der b. d. aktiven Immnnisirung auftretenden negativen Phase eine Bedeutung im Sinne einer erhöhten Empfänglichkeit d. vaccinirten Individuums zu? Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Pfeiffer, Th., Untersuchungen über die Blutgerinnung b. Krankheiten. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 227.

Philipp, P. W., 2 interessante Fälle von bösart. Neubildungen b. kleinen Kindern. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 3. p. 353.

Pick, E. P., u. T. Yamanonchi, Studien über Anaphylaxie. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 41.

Pinkus, F., u. L. Pick. Zur Struktur u. Genese d. symptomat. Xanthome. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 33.

Podwysotzki, W. W., Des altérations de la glande sonsmaxillaire au cours de la rage. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 4 et 5. p. 651.

Preisz, H., Ueber Varietäten d. abgeschwächten Milzbrandvirus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. XLVII. 5.

Pricolo, Antonio, Sur une propriété d'un sérum préparé avec des exsudats streptococciques. Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVIII. 1.

Prinzing, F., Die Krebshäufigkeit in d. Oberämtern Backnang, Marbach, Schorndorf, Waiblingen u. Biberach, Riedlingen, Saulgau, Waldsee. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 40.

Prym, P., Ueber psammomähnl. Bildungen in der Wand einer Meningocele. Virchow's Arch. CXCIV. 1. q. 121.

Quinby, William C., The domonstration of the spirochaeta pallida by the method of dark field illumination. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 6. p. 175. Aug.

Raubitschek, Hugo, u. Viktor K. Russ, Zur Kenntniss d. bakteriociden Eigenschaften d. Pyocyanase. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. 1.

Rehm, O., Ergebnisse d. cytolog. Untersuchung d. Cerebrospinalflussigkeit u. deren Aussichten. Münchn. med. Wchnschr. LV. 31.

Ritchie, John, Notes on experiments as to the condancy of the carbohydrate reactions of the streptococci. Lancet Aug. 8.

Robinson, Beverley, The personal factor in disease. New York med. Record LXXIV. 16. p. 662. Oct.

Rolly, Fr., u. Meltzer, Experim. Untersuchungen über d. Bedeutung d. Hyperthermie. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 335.

Rosa, H. C., On the death of leucocytes. Journ. of Physiol. XXXVII. 4. p. 327.

Rowutree, Cecil W., Contribution to the study of X ray carcinoma and the conditions which precede its onset. Arch. of the Middl. Hosp. XIII. p. 182.

Ruge, Reinhold, Zur Erleichterung d. Meningokokkendiagnose. Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVII. 5.

Saharéanu, Mélanodermie physiologique des muqueuses. Revue de Méd. XXVIII. 8. p. 758.

Saul, E., Untersuchungen zur Aetiologie u. Biologie der Tumoren. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Schindler, H., Ueber Tollwuthimpfungen an Murideu. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 169.

Schiropp, Harry, Beitrag zur Biologie des Bacillus vitulisepticus u. zur Immunisirung gegen die durch dens. hervorgerufene sept. Pneumonie d. Kälber. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Schlagenhaufer, Ueber hämolyt. Erscheinungen an d. Leiche. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 14.

Schmidt, Otto, Experiment. Erzeugung maligner Tumoren h. Thieren durch Infektion. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Schöbl, S. Otto, Versuche über die Behinderung d. Reagenzglasphagocytose durch Culturfiltrate. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 42.

Schottelius, Ernst, Ueber d. Toxin u. d. Antitoxin d. Dysenteriebacillen. Med. Klin. IV. 32.

Schottelius, Ernst, Zur bakterielog. Technik. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42.

Schultze, Kurt, Klin. Beobachtungen nach Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41.

Schultze, W. H., Zur Kenntniss d. pathogenen Bedeutung d. Bacillus phlegmones emphysematosae. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 419.

Shottock, S. G., and Leonard S. Dudgeon, Certain observations made upon the phagocytosis occurring in human blood serum when mixed in vitro with horse serum. Lancet Aug. 15.

Siegel, Wolfgang, Abkühlung als Krankheitsursache. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 319.

Skrzynski, Z., Nouveau microbe pathogène pour les chats. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 8. p. 682. Août.

Slukn, Erich, Schleifenbildung in polychromat. u. in basophil. gekörnten rothen Blutkörperchen. Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 577.

Slater, Charles, On bacteriology. Lancet Oct. 10.

Smith, James, Hyperpyrexia. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Sperling, Arthur, Assimilation, Assimilationsstörungen u. Assimilationskuren. Fortschr. d. Med. XXVI. 28. 29. p. 881. 929.

Steffenhagen, Karl, Ueber d. Beziehungen d. Bacillen d. menschl. Tuberkulose zu denen d. Perlsucht d. Rindes. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 33.

Digitized by Google

Stellards, Andrew W., The haemolytic action of bile and its inhibition by blood serum. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 210. p. 268. Sept.

Stellards, Andrew W., The effect of heated serum on rouleaux formation of red blood corpuscles. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. p. 210. 271. Sept.

Stephanowitch, K. von, Zur Frage d. Resorption experimentell erzeugter Amyloidsubstanz. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 549.

Stoerk, Oskar, u. Hans v. Hnberor, Ueber d. anntom. Verhalten intrarenal eingepflanzten Nebennierengewebes. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 4. p. 893.

Stookey, L. B., and Vera Gnrdner, Relation of the thyroids to nutolysis. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. XV. p. 120.

Sutherlnnd, David W., The differentialdiagnosis of fevers. Lancet Sept. 12.

Sutton, Harvey, The influence of high tomperatures on the human body, especielly with regard to the heat-stooke. Jonrn. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 62.

Terebiuski, W. J., Sur la signification des formes non acido-resistentes du bacille tnberculeux. Ann. do Dermatol. et le syphiligr. IX. 8—9. p. 503.

Tièche, Ein Beitrag zur Kenntnis d. Mikroorganismen d. Kopfhaut. Arch. f. dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 125.

Tiefenan, et A. Marie, Etude do qnolques modes do neutralisation des toxines hacteriennes. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 6. p. 641. Août.

Tchistoviteh, N., et V. Youreviteh, Snr les opsonines et les antiphagines dans l'infection pneumococcique. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 7. p. 641. Juillet. — Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLII. 7 u. 8.

Van Duyse, D., Anatomie pathologique du carcinome. Belg. méd. XV. 41—44.

Vaughan, Victor C., Proteid susceptibility and immunity. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 41.

Vedeler, Blastomycoter i blodet. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 10. s. 968.

Von den Velden, Fr., Die Nnchkommenschaft d. an Krebs u. Schwindsucht Verstorbener. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 9. p. 413.

Wnrd, Wilhur, Histological changes in transplantated blood vessels. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 112.

Walther, Carl, Experimente über *Bier*'sche Stauung bei Streptokokkeninfektion am Kaninchenohr. Virchow's Arch. CXCIV. 1. p. 79.

Weil, E., Die phagocytosoboförderndon Stoffe d. Normal- u. Immunsera. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLII. 11—13.

Weinberger, William, A study of metabolic effects of experimental polycythaemia in dogs. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 128.

Wienz, Weitere Untersuchungen über die Antifermentreaktion des Blutes. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 31.

White, Charles Powell, On the occurrence of crystals in tumours. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII 1. p. 3. July.

Williams, R. Stennhouse; J. Orr; H. Leith Murray; C. Bundle, and A. E. Williams, Preliminary note on an organism discovered in n case of epidemie diarrhoea. Lancet Aug. 8.

William, W. Roger, The natural history of cancer, with special referenee to its causation and prevention. London. William Heimmann. 8. XIV a. 519 pp. 21 Mk.

Woodruff, Lorando Loss, The life cycle of paramneciom. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 124.

Wossidlo, E., Experiment. Untersuchungen über Veränderungen der *Nissl*'schen Granula bei Lumbalanästhesie. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. p. 1017.

Wrelowski, T., 2 neue Agglntinntionsmethoden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Yamamoto, J., Eine Silberimprägnationsmethode z. Unterscheidung von Lepra- u. Tuberkelbacillen. Centr. Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

S. a. I. Bayer, Deycke, Hanssen, Harzbecker. II. Doehez, Fischer, Schottelins. IV. 2. *Mikroorganismen u. Krankheiten*; 3. Bediard, Borris, Ellis, Lemierre, Schröttor; 4. Baldassari, Karrenstein, Uffenorde; 5. Frickor, Gelée, Koch, Latzel, Münter, Rodella, Seliger; 8. Mnschke, Rubin; 10. Chajes, Edowes, Petges, Preis, Ridlon; 11. Czaplewski. V. 1. Hoffmann; 2. c. Gömöry; 2. d. de Beurmnnn. VI. Mac Morrow. VII. Nicholson. VIII. Margain. IX. Oppenhoim. X. Demicheri, Fava, Hippel, Leher, Morns, Reiche, Semon, Herschell, Jacoby, Pane. XV. Bruns.

IV. Innere Medicin.

1) *Allgemeine Medicin. Propädeutik.*

Bardachzi, Franz, Ein neuer orthodiagraph. Durchleuchtungsapparat. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37.

von Bergmann u. Kurt Meyer, Ueber d. klin. Bedeutung d. Antitrypsinbestimmung im Blute. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 37.

Congrès français de médicine. Genève 3—5 sept. Gaz. des Hôp. 100. 102. 103. 106.

Encyklopädie d. prakt. Medicin; herausgeg. von *M. T. Schnirer* u. *H. Vierordt*. 20. u. 21 Lief. (Schluss). Wien u. Leipzig 1909. Alfred Hölder. Lex.-8. Sp. 1121 bis 1528. 6 Mk. 24 Pf.

Fischer, Joseph, Die auskultator. Blutdruckmessung im Vergleich mit d. oscillator. v. *Recklinghausen* u. ihr durch d. Phasenbestimmung bedingter klin. Werth. Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XII. 7. p. 389.

Fleischmann, P., Jahresber. über d. Poliklinik d. 1. med. Klin. 1906/1907. Charité-Ann. XXXII. p. 29.

Geigel, Richard, Leitfaden d. diagnost. Akustik. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. VIII u. 226 S. mit 33 Textabbild. 6 Mk.

Halsted, T. H., The use of the bronchoscope, oesophagoscope and gastroscope. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 7. p. 294. Aug.

Hildebrandt, Wilhelm, Ueber künstl. erzeugte Rasselgeräusche zu Lehrzwecken. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Jundell, J., Ueber den klin. Werth der Perkussions- u. Friktionsauskultation. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 35.

Knntorowicz, Emil, Ueber Perkussion mit einem neuen Perkussionshammer. Med. Klin. IV. 37.

Kantorowicz, Emil, Der Laufgewichtshammer, ein neuer Perkussionshammer. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43.

Kühnemann, Georg, Differentialdiagnostik d. inneren Krankheiten. 2. Aufl. Leipzig. Joh. Ambros. Barth. 8. VIII u. 236 S. 5 Mk.

Martins, Fr., Pathogenese innerer Krankheiten. IV. Heft: Das pathogenet. Vererbungsproblem. Leipzig u. Wien 1909. Franz Deuticke. Gr. 8. S. 325—467 mit 2 Tafeln. 3 Mk.

May, Richard, u. Ludwig Lindemann, Graph. Studien über d. tympanit. u. d. nichttympanit. Perkussionsschall. Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 500.

Nobl, G., Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss d. postsyphilit. Dauermerkmale. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 4. p. 104.

Rooh et H. Dufour, Du triangle de matité paravertébral et de son peu de valeur séméiologique chez l'adulte. Semaine méd. XXVIII. 43.

Russell, William, The clinical estimation of blood pressure; the finger and the haemomonometer. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Waller, C. E., Bidrag till den fysikaliska diagnostiker. Hygiea Festb. I. 11.

Weil, Adolf, Zur Geschichte d. Schwellenwerthsperkussion. Mit Erwiderung von *Goldscheider* u. *Ewald*. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 209. 214. 215.

S. a. I. *Chem. Untersuchungen*. IV. 3. Bediard. XIV. 2. Strasser.

2) *Allgemeine Infektionskrankheiten.*

Abe, Nakao, Der Nachweis d. Tuberkelbacillus im Sputum. Arch. f. Hyg. LXVII. 4. p. 372.

Alexander, Joh., Das Vorhalten d. Kaninchens gegenüber d. versohied. Infektionswegen b. Tuberkulose u. gegenüber d. verschied. Typen d. Tuberkelbacillus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 467.

Anastasiades, Sophoklee J., Ein Fall von Febris recurrens. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Anderson, A. R. S., Dysentery with intestinal amoebae, but without hepatic abscess. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Appleman, Leighton F., The status of the ophthalmo-reaction to tuberculin. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 9. p. 613. Sept.

Arends, Enno, Ueber d. Mitwirkung d. Badearztes b. d. Bekämpfung ansteckender Krankheiten u. über d. Bau u. d. Einrichtung d. Isolieranstalten f. Infektionskrankheiten in Kurorten. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 4. p. 637.

Arneth, J., Das neutrophile Blutbild b. Infektionskrankheiten. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1 u. 2. p. 192.

Arnheim, Georg, Ueber d. gegenwärt. Stand d. Keuchhustenfrage. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Arnold, Harold S., Notes on 3 cases of typhoid fever with haemorrhagio complications. Yeale med. Journ. XV. 2. p. 73. Oct.

Arnold, Milas B., An outbreak of an acute infections eruptive disease (rubella). Brit. med. Journ. Oct. 31.

Aubineau, Sur les symptômes et les complications de l'ophtalmoréaction à la tuberculine. Ann. d'Oculist. CXL. 1. p. 1. Juillet.

Aufrecht, E., Neue Beweise f. d. vasculäre Entstehung d. Lungenschwindsucht. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 308.

Baginsky, Adolf, Zur Bac. pyocyaneus-Infektion im kindl. Alter. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Bail, O., Einiges über Infektion u. Infektionskrankheit. Fol. serol. I. 2. p. 65.

Bandelier u. Roepke, Lehrbuch d. specif. Diagnostik u. Therapie d. Tuberkulose. 2. Aufl. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). Gr. 8. VIII u. 177 S. mit 6 Taf. u. 4 Textabbild. 6 Mk.

Banzhap, Edwin J. and Robert B. Gibson, The quantitative changes during immunization in the blood of horses and the relation of the serum globulin to diphtheria and tetanus antitoxia content. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 106.

Barnos, A. E., The pathology of grinders phthisis. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Barnes, Harry Lee, The use of tuberculin as a diagnostic agent in pulmonary tuberculosis. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 11. p. 331. Sept.

Basoher, St., u. M. Lanb, Ueber Opsonine u. ihre Bedeutung f. d. Tuberkulinbehandlung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 44.

Beard, Joseph, 2 cases of meningitis admitted to hospital as enteric fever. Edinh. med. Journ. N. S. I. 3. p. 212. Sept.

Beiträge zur Klinik d. Tuberkulose, herausgeg. von *Ludolph Brauer*. XI. 2 u. 3. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). 8. 291 S. 13 Mk. 50 Pf.

Bell, J., The alloged presence of Malta fever in Hongkong. Lancet Aug. 22. p. 586.

Bollamy, Henry F., Some notes on a recent epidemic of influenza with special reference to treatment. Folia therap. IV. 4. p. 119.

Benn, Walter J., A suggestion regarding the crusade against tuberculosis. Physic a. Surg. XXX. 6. p. 247.

Benöhr, R., Beitrag zur Frage d. Bakteriämie d. Lungentuberkulose. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 13. p. 323.

Berlin, Ueber d. Behandl. d. Diphtherie nach d. während d. JJ. 1900—1908 im städt. Augustahospital zu Köln gemachten Erfahrungen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Bermbach, Paul, Blutuntersuchungen auf Tuberkulo-eimmunkörper. Ztschr. f. Tub. XIII. 2. 3. p. 97. 193.

Bevacqun, Alfredo, Enfisema sottocutaneo generale consecutivo a tubercolosi miliare acuta. Rif. med. XXIV. 41.

Bihet, A., La peste dans le département de Constantine en 1907. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 8. p. 658. Août.

Bingel, Adolf, Beitrag zur Klinik u. Bakteriologie d. Paratyphus. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Blue, Rupert, Underlying principles of anti-plague measures. Calif. State Journ. of Med. VI. 8. p. 271. Aug.

Bluth, Gustav. Ueber Coli-Autoinfektion mit Berücksichtigung von 3 Fällen eigener Beobachtung. Med. Klin. IV. 36.

Boas, Harald, u. G. Hauge, Zur Frage d. Complementablenkung b. Scarlatina. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 34.

Böse, Beobachtungen u. Erfahrungen über Ruhr in Ostasien. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 1. p. 1.

Bohne, Albert, Vergleichende bakteriol. Blut-, Stuhl- u. Urinuntersuchungen b. Typhus abdominalis. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 218.

Bonnettu, Ancionnité de la Intte antityphoïdique. Gaz. des Hôp. 94.

Boral, Horurich, Beitrag zur Kritik d. Ophthalmoreaktion. Wien. klin. Rundschau XXII. 10.

Bowditch, Vincent Y., Remarks upon the present status of sanatorium treatment for tuberculosis. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 9. p. 263. Aug.

Bräutigam, Zur Frage d. Heilstättenbehandl. u. d. Anzeigen f. dieselbe. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Brown, Lawrason, The diagnostic and therapeutic use of tuberculin. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 4. p. 97. July.

Brahmachari, U. N., Fatty livor in kala-azar. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Brownlee, John, A review of the serum treatment of infectious diseases in the practice of City of Glasgow Fever and Small-pox Hospitals, Belvidare. Glasgow med. Journ. LXX. 3. p. 188. Sept.

Brückner, Max, Ueber d. cutane Tuberkulinprobe nach *Pirquet*. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 3. p. 261.

Buchanan, A., Cats as plague preventors. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Buchholz, Ueber d. Werth d. *Conradi*'schen Gallenblutcultur in d. Typhusdiagnostik. Med. Klin. IV. 36.

Buhre, B., The Swedish national anti-tuberculose association. Struggle against tub. p. 5.

Burkitt, R. W., The treatment of cholera. Brit. med. Journ. Sept. 19. p. 832.

Bushnell, F. G., The treatment of infective diseases by bacterial vaccines. Fol. therap. VI. 3. p. 90.

Butler, T. Harrison, The dangers of *Calmette*'s ophthalmoreaction. Brit. med. Journ. Aug. 8.

Calmette, A., Les voies normales d'infection tuberculeuse. Echo méd. du Nord XVI. 36.

Calmette, A., Neue Methoden zur Frühdiagnose d. Tuberknlose. Deutscho med. Wchnschr. XXXIV. 40.

Cameron, Charles A., On a localised outbreak of scarlet fever presumably attributable to infected milk. Lancet Sept. 5.

Cantani, Arnaldo, Su di alcune forme di febbricole di nota ed ignota origine. Rif. med. XXIV. 38.

Caravia, Eugene, *Cuguiliere's* serum in the treatment of tuberculosis. New York med. Record LXXIV. 13. p. 520. Sept.

Carey, Harry W., Tho report of the Troy tuberculosis class. Albany med. Ann. XXIX. 9. p. 705. Sept.

Carrière. La mortalité tuberculeuse infantile do la Suisse. Revue méd. de la Suisse rom. XXVI. 10. p. 654. Oct.

Carles, Jacques, Les staphylococcémies atténuées non suppuratives. Revue de Med. XXVII. 10. p. 899.

Carlsson, Sture, Institutions for the treatment of tuberculosis in Sweden. Struggle against tub. 137.

Carter, Godefrey, A case of apyrexal typhoid. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Cassidy, Paul B., Report of 12 cases of pertussis treated with the abdominal bindor. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 9. p. 615. Sept.

Christian, Frank L., The tuberculo-ophthalmic reaction. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 10. p. 454. Sept.

Christian, M., u. Stephanie Rosenblat, Untersuchungen über Tuberkulose-Antikörper u. -Immunität. Münchn. med. Wchnschr. LV. 39.

Cohn, Leo, Ueber Cerebrospinalmeningitis. Med. Klin. IV. 33.

Combemale, F., Chloroformisation et tuberculose. Echo med. du Nord XII. 34.

Crombie, J. Frank, The leucocytosis of whooping cough. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 222. Sept.

Currie, J. R., and A. S. M. Macgregor, The serum treatment of cerebro-spinal fever in the City of Glasgow feverhospital Belvidere May 1906—May 1908. Lancet Oct. 10.

Damanski, E., u. G. G. Wilenko, Erfahrungen mit *Marmoreck's* Antituberkulosenserum. Med. Klin. IV. 36.

Dantwitz, Ueber Diagnose u. specif. Behandl. d. latenten endothorakalen Drusentuberkulose des kindl. Alters. Beitr. z. Med. Klin. IV. 9.

Deaderick, William H., The pathogenesis of pernicious malaria. New York med. Record LXXIV. 4. p. 140. July.

Degle, Hans, Zur Masernprophylaxe. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Detre, Ladislaus, Die Anwendnng d. differentialen Cutanreaktion in d. Diagnose, Pathologie u. Therapie d. Tuberkulose. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 41.

Devic et Trouilleur, 2 cas mortels de fièvre typhoïde contractée probablement à l'hôpital. Revue de Méd. XXVIII. 10. p. 878.

Discussion on the administrative treatment of phthisis. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Discnssion on the diagnosis of pulmonary tuberculosis by means of the Roentgen rays. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Disonseion on cerebro-spinal meningitis. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Dixon, Samuel G., Allen J. Smith and Herbert Fox, Preliminary report of the effect of repeated injections of tuberculin on lymphatic organs. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 10. p. 450. Sept.

Dluski, Kazimir, Ueber Tuberkulinanwendung in d. Lungentuberkulose vom klin. Standpunkte. Beitr. z. Klin. u. Tub. XI. 1. p. 61.

Donnelly, James F., How plague is spreading in Venezuela and Trinidad. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 6. p. 262. Aug.

Duncan, Harey A., and G. Morton Illman, Bacterial treatment of erysipelas. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 12. p. 552. Sept.

Ellenbeck, Cutane Tuberkulinreaktion b. Säuglingen. Med. Klin. IV. 42.

Ellermann, V., u. A. Erlandsen, Nachweis von Tuberkelbacillen im Sputum. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 219. — Hosp. Tid. 5. R. 1. 30.

Emelens, N., Bidrag till tuberkulosstatistiken. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 219. Okt.

Epstein, Albert A., Blood cultures in typhoid fevers. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 2. p. 198. Aug.

Erlandsen, A., Om diagnostisk Udnytteise af de lokale Tuberkulinreaktioner. Hosp.-Tid. 5. R. I. 34. 35. — Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Fabian, Richard, u. Hans Knopf, Weitere Ergebnisse d. Conjunctivalreaktion auf Tuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 34.

Fackenheim, W., Erfahrungen mit d. Pyocyanasebehandl. b. Diphtherie. Therap. Monatsh. XXII. 8. p. 385.

Feer, E., Die Behandl. d. Keuchhustens. Deutscho med. Wchnschr. XXXIV. 41.

Fereira, Clemente, L'ophthalmoréaction à la tuberculine dans lo diagnostic précoce de la tuberculose humaine. Bull. de Thér. CLVI. 4. p. 123. Juillet 30.

Fibiger, Johannes, u. C. O. Jensen, Untersuchungen über d. Beziehungen zwischen d. Tuberkulose u. d. Tuberkelbacillen d. Rindes. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42. 43.

Fisch, R., Die Pestepidemio an d. Goldküste 1908. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 15. p. 479.

Fischer, J. F., og Fr. Tobiesen, Röntgendiagnose ved Lungtuberkulose. Hosp.-Tid. 5. R. 1. 31. 32.

Flexner, Simon, u. James W. Jobling, Kurzer Bericht über 400 Fälle von Meningitis, behandelt mit subcutaner Einspritzung von einem Antiserum. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 36.

Foster, George Burgess, A study of the eosinophilo cell as occurring in tho hematopoietic organs in diphtheria and tuberculosis. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 8 a. 9. p. 169.

Fraenkel, C., Untersuchungen zur Entstehung d. Keuchhustens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Francke, Karl, Der krankhafte Druckschmerz, ein Erkennungsmittel d. beginnendon Schwindsucht. Beitr. z. Klin. d. Tub. X. 3. p. 225.

Franco, E. Enrico, Ueber d. gemeinsame Vorkommen von Tuberkulose u. Tumor in dems. Organ. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 376.

Frankenburger, A., Heilstättenerfolge u. ihre Kritik. Mit Antwort von *K. von Hotten*. Ztschr. f. Tub. XIII. 3. p. 243. 244.

Frankenburger, A., Zur Frage d. Heilstättenbehandl. u. d. Anzeigen f. dieselbe. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Frankenburger, A., Die Anstalten u. d. Thätigkeit d. Vereins zur Bekämpfung d. Tuberknlose in Nürnberg im J. 1907. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 4. p. 577.

Frey, Hermann, Das Antituberkuloseserum *Marmorek*. Ztschr. f. Tub. XIII. 2. p. 142.

Friberger, Ragnar, Eine Untersuchung über d. Infektiosität d. Kleider Lungenschwindsüchtiger. Ztschr. f. Tub. XIII. 1. p. 37.

Friedjung, Josef K., Atypisches aus d. diesjähr. Wiener Masernepidemie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Friedrich, P. L., Die operative Brustwandlungenmobilisirnng (Pneumolysie) zwecks Behandlung einseit. Lungenphthise. Med. Klin. IV. 33.

Fuchs-Wolfring, Sophie, Die *Much*'schen

Granula u. d. *Carl Spengler*'schen Splitter. Beitr. z. Klin. d. Tub. X. 2. p. 175.

Gamaleia, N. Th., Ueber die Scharlacherreger. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 40.

Ganghofner, Ueber d. *Pirquet*'sche Tuberkulinreaktion. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 41.

Gaultier, Reué, De l'hypertension passagère comme cause de certaines hémoptysies des tuberculeux justifiable par cette raison de médication hypotensivo. Bull. de Thér. CLVI. 14. p. 539. Oct. 15.

Gewin, J., *von Pirquet's* cutane tuberculine-reactie bij Kinderen. Nederl. Weekbl. II. 8.

Glaser, E. F., Ophthalmo-tuberculin reaction. Calif. State Journ. of Med. VI. 10. p. 353. Oct.

Gougerot et Lamy, Chéloïdes et tuberculose. Gaz. des Hôp. 99.

Graetz, Fr., Der Einfluss d. künstl. Pneumothorax auf d. tuberkulöse Lunge. Beitr. z. Klin. d. Tub. X. 3. p. 249.

Grant, Lachlan; T. H. Campbell and W. D. Audorsou, Vaccines in general practice. Lancet Sept. 26.

Gray, H. Tyrrell, A note on the treatment of erysipelas. Lancet Aug. 1.

Green, Alan B., On outbreak of cow-pox. Lancet Sept. 5.

Grijns, G., Over het voorkomen van bacillaire dysenterie in Nederl. Indië. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 355.

Gross, B. G., Vergleichende Untersuchungen über d. Agglutination von Typhus- u. Paratyphus-Bacillen im Verlaufe von Typhuserkrankungen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Grüner, Ottokar, Ueber d. Behandl. interner u. chirurg. Tuberkulose mit d. Antituberkuloseserum von *Marmorek*. Wien. klin. Wchnschr. XXIX. 38.

Haan, J. de, De intestinale oorsprong der longtuberculose. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 315.

Haan, J. de, Experiment. Tuberkulose b. Affen mit Vogeltuberkelbacillen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

Haan, J. de, Over sporadische cholera. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 461.

Haan, J. de, Ueber d. Resorptionsinfektion mit Tuberkelbacillen vom Magendarmkanal aus beim Karbauw. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 40.

Halberstaedter; Erich Müller u. A. Reiche, Ueber Complementbindung b. Syphilis hereditaria, Scharlach u. anderen infektionskrankheiten. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 43.

Hamburger, Franz, Ueber Tuberkulinimmunität. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42.

Hans, Hans, Die Bedeutung d. Conjunctival-, genannt Ophthalmoreaktion als Diagnosticum d. prakt. Arztes. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 32.

Hart, Carl, u. Paul Harrass, Der Thorax phthisicus. Eine anatom.-physiol. Studie. Stuttgart. Ferd. Enke. Fol. 116 S. mit 34 Tafeln u. 15 Textabbild. 28 Mk.

Hoim, P., u. M. K. John, Das Wiederaufflammen einer bereits abgelaufenen Cutanreaktion während einer Scharlachinfektion. Wien. med. Wchnschr. LVII. 33.

v. d. Hellen, Bericht über d. Schlafkrankheit im Bezirk Misahöhe. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 18. p. 583.

Henuen, W. D., Report of a case of extensive emphysema complicating tuberculosis of the lungs and urinary organs. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 4. p. 162. July.

Heas, Alfred F., Primary tuberculosis of the mesenteric glands. Report of infections with bacilli of the human type. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 2. p. 183. Aug.

Heymann, Bruno, Weitere Beiträge zur Frage über die Beziehungen zwischen Säuglingsernährung u. Tuberkulose. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 424.

Heymann, Bruno, Versuche an Meerschweinchen über d. Aufnahme inhalirter Tuberkelbacillen in d. Lungen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 490.

Hids, O., Ueber d. Bedeutung d. Peptone f. d. Bildung d. Diphtheriotoxins. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 273.

Hoehne, Fritz, Ueber d. Verhalten d. Serums von Scharlachkranken b. d. *Wassermann*'schen Reaktion auf Syphilis. Wien. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Holten, Kurt v., Heilstättenerfolge u. ihre Kritik. Ztschr. f. Tub. XIII. f. p. 57.

Huggenberg, E., Ueber eine Typhusendemie, ausgegangen von einer vor 31 Jahren an Typhus abdominalis erkrankten Bacillenträgerin. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 19.

Huguenin, Das gesetzmässige Auftreten von Sekundärerkrankungen b. Spitzentuberkulose. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 18. 19. 20.

Hultgren, E. O., Om lungsiktigas kost under anstaltsbehandling enligt undersökningar vid Österåsens folksanatorium. Hygiea Festb. II. 38.

Jackson, Henry, The necessity of disinfection after the death or removal of tuberculous patients. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 12. p. 365. Sept.

Jacquerod, L'autodésinfection des tuberculoux. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 10. p. 640. Oct.

Jerie, J., Beitrag zur Serotherapie d. Tetanus. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 282.

Jessen, F., Zur Verbesserung d. Tuberkulinbehandlung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Johansson, J. E., and R. Mooshorg, The frequency of tuberculosis of the lungs in different parts of Stockholm in the year 1906, compared with the populations density and economical position. Struggle against tub. p. 195.

John, M., Ueber Tuberkulintherapie. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 9. p. 387.

Johnston, H. H., Prevention of malaria among the troops at Singapore. Brit. med. Journ. Aug. 5.

Josefson, Arnold, Om de lokala tuberkulinreaktionerna. Hygiea 2. F. VIII. 4. a. 368.

Josselin de Jong, R. de, Een bijzonder geval van meningitis cerebro-spinalis epidemica. Nederl. Weekbl. II. 8. blz. 648.

Jundell, J., En tyfusepidemi genom en bacillbärare. Hygiea Festb. II. 25.

Karsner, Howard T., The leucocytes in diphtheria before and after the administration of antitoxin. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 7. p. 222. Sept. — Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 8 a. 9.

Kaupe, Walther, Ein neues Keuchhustenmittel. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Ker, Claude R., The treatment of cerebro-spinal meningitis with *Flexner's* serum. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. p. 806. Oct.

Kiewiet de Jonge, G. W., De malariaverhoudingen te Batavia en hare bestrijding. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 422.

Killian, Gustav, Die Erkrankungen d. Nebenhöhlen d. Nase nach Scharlach. Ztschr. f. Ohrenhkde. LVI. 3. p. 189. — Verh. d. Ver. d. deutschen Laryngol. p. 10.

Kinch, Charles A., Diagnosis of erythematous and exanthematic rashes. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 17. p. 777. Oct.

Kleba, Edwin, Ueber einige weitere Ergebnisse meiner Forschungen zur Geschichte u. Behandlung der Tuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 33.

Klein, E, Flies at carriers of the bacillus typhosus. Brit. med. Journ. Oct. 17.

Klimenko, W. N., Die Aetiologie d. Keuchhustens. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. 1.

Knopf, S. Adolphus, Explanation of seeming

paradoxes in modern phthisiotherapy. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 11. p. 481. Sept.

Kooh, P. F. C., Over behandeling van tuberculose van inwendige organen mot tuberculine *Denys* (bouillon filtré). Nederl. Weekbl. II. 9.

Köhler, F., Das Tuberkuloseserum *Marmorek*. Ztschr. f. Tub. XIII. 2. p. 104.

Köhliach, Untersuchungen über d. Infektion mit Tuberkelbacillen durch Inhalation von trockenem Sputumstaub. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. IX. 3. p. 508.

Koplik, Henry, The serum treatment and the prognosis under various forms of therapy of cerebrospinal fever. New York med. Record LXXIV. 14. p. 557. Oct.

Kornfeld, Ferdinand, Ueber Coliurie u. Colitoxämie. Beibl. z. d. Mittheil. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 5. p. 173.

Kraomer, C., Tuberkulin u. Hämoptöe. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 39. 40.

Krämer, C., Tuberkulöse Zwillinge. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 236.

Krause, Tuberkulinverdauung. Ztschr. f. Tub. XIII. 3. p. 222.

Krokiewicz, A., Ueber d. conjunctivale Tuberkulinreaktion. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 32.

Küster, E., Ein Dysenteriebacillenträger. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Kuhn, Ernst, Cutane u. conjunctivale Tuberkulinreaktion. Charité-Ann. XXXII. p. 26.

Kyritz, Alphons, Lungenspitzen- u. Bronchialdrüsentuberkulose im Röntgenbilde. Beitr. z. Klin. d. Tub. X. 2. p. 129.

Lafforgue, Infection mixte à bacille d'*Eberth* et à tétragène. Progrès méd. 3. S. XXIII. 38.

Lafforgne, Etude clinique sur le typhus récurrent. Revue de Méd. XXXVIII. 10. p. 916.

Landonzy, L., Phthisie septicémique. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 30. p. 113. Juillet 28.

Landonzy, L., et L. Lnederich, Sur une forme subaiguë de phthisie septicémique. Revue de Méd. XXVIII. 9. p. 765.

Lange, Cornelia de, en F. G. J. Duka, Tuberkuleuse pseudolenkaemie. Nederl. Weekbl. II. 16.

Langgaard, Chr., En Anstalts-Epidemie [Difteri]. Hosp.-Tid. 5. R. I. 36.

Loolerq, Jules, et Marcel Veaudeau, Congestion du sommet du ponmon droit simulant la tuberculose, au déclin dune dothiénenterie; tuberculisation terminale du sommet gauche. Echo méd. dn Nord XII. 38.

Lodingham, J. C. G., The typhoid carrier problem, with some experiments on immunity in carrier. Brit. med. Journ. Oct. 7.

Lejenne, A., Meine Erfahrungen mit der *Moro*'schen Reaktion. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

Lovy, E.; Franz Blumenthal u. A. Marxer, Experimeut. Untersuchungen über Tnberkulose. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Lichtenheld, G., Ergebnisse der von *R. Koch* ausgeführten u. verzeichneten Forschnngen über das Küstenfieber d. Kinder in Deutsch-Ostafrika. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 261.

Liebermeister, Gustav, Ueber Meningokokkensepsis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Liebermeister, G., Zur Frage derohne Tuberkelbacillen erzeugten tuberkulösen Veränderungen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 36.

Liebermeister, G., Führt die tuberkulöse Infektion immer znr Bildung histolog. Tuberknlose? Arh. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 260.

Loewi, Otto, u. Hans Meyer, Ueber Tetanusgift-Empfindlichkeit u. Ueberempfindlichkeit. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 355.

Lnce, R. H., A case of pneumococcic toxaemia. Brit. med. Journ. Oct. 17.

Lungenheilstätte Ueberruh bei Bolsternang. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 39.

Mace, L. S., Review of recent work on tuberculosis. Calif. State Journ. of Med. VI. 9. p. 298. Sept.

Mackenzie, John A., Consumption and ozonated air. Brit. med. Journ. Aug. 1.

Mackie, F. Parcival, A review of recent work on spirillar fevers. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 8. p. 337. Aug.

Maher, Stephan J., Tuberculosis in Connecticut. New York med. Record LXXIV. 5. p. 162. Aug.

Malisch, Das *Chantemesse*-Phänomen (Ophthalmoreaktion) b. Unterleibstyphus. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 39. 40.

Malmström, Om den konjunktivala tuberkulinreaktionen. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 635.

Mannheimer, George, The conjunctival tuberculin test. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 10. p. 447. Sept.

Marshall, D. G., and G. Lovell Gulland, A case of kala-szar. Lancet Aug. 15.

Marx, E., Ueber eine Paratyphus B.-Epidemie, nebst Bemerknngen über d. *Jacobsthal*'sche Serumpapier. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. 1.

Mason, Nathaniel R., Report of a case of measles in utero. Boston med. a. surg. Jonrn. CLIX. 14. p. 436. Oct.

Mason, J. M., Acute cholecystitis in the second week of typhoid fever. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 362.

Matthews, John, Notes on the therapeutic application of stock vaccines in treatment of bacterical infections. Lancet Sept. 26.

Matsuoka, M., Ein Beitrag zur Röntgendiagnostik d. kindl. Lungendrüsentuberkulose b. Malum Pottii. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 419.

Mayor, Otto, Epidemiolog. Betrachtungen bei Typhus abdomin. u. Paratyphus B. in d. Pfalz während d. JJ. 1903—1906. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Medin, O., A new method of studying the influence of tubercular predisposition in regard to life-assurance. Struggle against tub. p. 174.

Meier, Georg, Scharlach u. Sorodiagnostik auf Syphilis. Med. Klin. IV. 36.

Meissen, E., Tuberkulinprobe u. Tuberkulinknren. Ztschr. f. Tub. XIII. 3. p. 199.

Melchior, Eduard, Zur Casnistik d. tuberkulösen Gelenkrheumatismus. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 10. p. 444.

Melke-epidemien i Kristiania [difteri]. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. V. 6. s. 904.

Milhit, J., Spécificité des opsonines; diagnostic opsonique daus la fièvre typhoïde. Arch. de Méd. experim. XX. 4. p. 401. Juillet.

Milhit, J., Perforations intestinales d'origine typhique. Progrès méd. 3. S. XXIII. 41.

Miller, James, Alexander, Tuberculin as an adjnnct to the house treatment of pulmonary tuberculosis. New York med. Journ. LXXXVIII. 18. p. 443. Sept.

Mills, Walter, Sands, Some psychological tests made in tuberculous patients. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 14. p. 638. Oct.

Milne, Robert, The home treatment of scarlet fever. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Mine, N., Untersuchungen über den Einfluss des Reises b. Beriberi. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 18. p. 592.

Moffitt, H. C., Clinical features of influenza since the pandemie of 1889—1890. Calif. State Jonrn. of Med. VI. 9. p. 308. Sept.

Monti, Romeo, Vergleichende Untersuchungen über den diagnost. Werth der Tuberkulinreaktionen im Kindesalter. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 41.

Moro, Ernst, Tuberkulinreaktion u. Nervensystem. Münchn. med. Wchnschr. LV. 39.

Much u. Eichelberg, Complementablenkung bei Scharlach. Med. Klin. IV. 39.

Mühlens, P., Ueber einige fieberhafte Tropenkrankheiten. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36.

Nattan-Larrier, L., Cases of sleeping sickness with nervous and mental symptoms. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Naumann, Hans, Einiges über die Diagnose d. beginnenden Lungentuberkulose. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 4. p. 113.

Neander, G., The social-hygienic experiments made in the parish of Lower Lulo's. Struggle against tub. p. 43.

Nedrigailoff, V., Die Methoden d. Impfungen gegen Tollwuth in russ. u. ausländ. Pasteur-Instituten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

Nóporojny, S. D., Contribution à l'étude do mode d'action du sérum antituberculeux sur les cobayes infectieux. Arch. des Sc. biol. de St. Petersb. XIII. 4 et 5. p. 487.

Nohécourt, P., et Léon Tixier, Note sur l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx, ses rapports avec la tuberculose. Gaz. des Hôp. 108.

Nolen, W., De diagnose der beginnende long-tuberculose. Nederl. Weekbl. VI. 8.

Oberndorf, Clarence P., The *Calmette* reaction as a diagnostic aid. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 10. p. 450. Sept.

Oettinger, Die Disposition d. Lunge zur Erkrankung an Tuberkulose. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 557.

Oppenheim, A. von, Zur Frage d. Bekämpfung der Cholera in St. Petersburg. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42.

Oppenheim, M., Ueber urethrale Tuberkulinreaktion. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 37.

Oppenheimer, Karl, Ueber die Behandlung scharlachkranker Kinder. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Orth, Oscar, Beitrag zur Serumtherapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42.

Ostermann, A., Die Bedeutung d. Contaktinfektion f. d. Ausbreitung d. Tuberkulose, namentl. im Kindesalter. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 375.

Ostermann, A., Infektionschancen b. Genuss von Milch u. Milchpräparaten von perlsucht. Kühen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 410.

Overlund, Birger, Human tuberculosis and cattle tuberculosis. Investigations as regards 97 norvegien farms. Lancet Aug. 8.

Pacchioni, D., u. C. Francioni, Bakteriolog. Untersuchungen an Masern. Beitrag zur Aetiologie der Masern. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 4. p. 391.

Palma, Sven, Investigation on the mortality amongst the assured with the life assurance company Thuca, Stockholm, charged with tuberculosis. Struggle against tub. p. 182.

Paniehi, Luigi, Der Pneumococcus *Fraenkel* im Blute bei Lungentuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42.

Paton, R. Lowis, The treatment of bubonic plague. Brit. med. Journ. Aug. 29. p. 599.

Pochin, K. L., An application of opsonic methods in comparing human and bovine tuberculosis. Lancet Sept. 5.

Perry, J. C., Plague. New York med. Record LXXIV. 9. p. 345. Aug.

Poscarolo, B., u. Carlo Quadrone, Aktive Immunisation durch subcut. Injektionen lebender Typhusbacillen bei *Eberth*'scher Infection. Brauchbare prakt. Resultate. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 40.

Petrusehky, Versuche zur Entkeimung von Diphtheriebacillenträgern. Arh. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 331.

Phalen, J. N., and Henry J. Nichols, Notes on the condition of livor in schistosomiasis. Philippine Journ. of Sc. III. 3. p. 223. July.

Philip, R. W., On the anti-tuberculosis programme. Brit. med. Journ. Oct. 17.

Plehn, A., The diagnosis of latent malaria. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Poehhammer, Konrad, Experiment. Berichtigungen zur Pathogenese d. lokalen Tetanus. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 33.

Pogue, C. R., Tuberculosis other than pulmonary treated with tuberculin. New York med. Record LXXIV. 9. p. 352. Aug.

Pollaci, S., e S. Ceraulo, La siero-diagnosi da vescicante nella febbre mediterranea. Rif. med. XXIV. 39.

Poncet, Antonin, Pathogénie du rhumatisme tuberculeux. Lyon méd. CXI. p. 237. 287. Août. 16. 23. — Gaz. des Hôp. 88.

Poncet, A., Rhumatisme tuberculeux et tuberculose inflammatoire. Lyon méd. CXI. p. 529. Oct. 4. — Gaz. des Hôp. 114.

Port, Fr., Eine kleine Epidemie von Fleckfieber. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41.

Posner, Oskar, Ueber d. klin. Verwendbarkeit d. Complementablenkungsmethode h. typhoiden Erkrankungen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 37.

Powers, W. H., Totanus. New York med. Journ. LXXIV. 4. p. 146. July.

Pratt, Joseph H., Results obtained in the treatment of pulmonary tuberculosis by the class method. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Preysing, Hermann, Ueber d. Durchbruch von Siehbein- u. Stirnhöhlenempyemen in der Orbita, eine typische Complikation b. Scharlach. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. p. 258.

Puddicombe, Thomas E., Note on a case of diphtheria and impetigo contagosa in a child. Lancet Aug. 8.

Purjesz, S., Besitzt d. Ophthalmoreaktion *Calmette's* d. Werth einer specif. Reaktion? Wien. med. Wchnschr. LVII. 32. 33. 34.

Raadt, O. L. E. de, Malaria-bestrijding te Banjoo-Biroe. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLIII. 4. blz. 567.

Raw, Nathan, Human and bovine tuberculosis. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Reichenbach, H., Experiment. Untersuchungen über d. Eintrittswege d. Tuberkelbacillus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 446.

Reichenbach, H., u. Bock, Versuche über die Durchgängigkeit d. Darmes f. Tuberkelbacillen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 541.

Reille, Maladie du sommeil. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 167. Août.

Renner, Ueber einen Fall von Milzbrandsepsis mit auffallend geringen Lokalerscheinungen an d. Impfstelle. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Rhoiner, G., Die Frühdiagnose der Lungentuberkulose in Bezieh. zur Lebensversicherung. Ztschr. f. Versich.-Med. I. 4. p. 79.

Rhenter, Jenn, Tuberculose inflamatoire; un cas de rhumatisme tuberculeux corticalaire et abarticuliere. Gaz. des Hôp. 96.

Richter, C. M., Relation of anticyclonic weather to the Grippe and pneumonia. Calif. State Journ. of Med. VI. 9. p. 294. Sept.

Ringer, Paul H., Early tuberculosis and malaria. New York med Record LXXIV. 14. p. 567. Oct.

Robin, Albert, Un essai d'organisation économique de la lutte antituberculeuse. Bull. de Ther. CLVI. 6. 8. 9. p. 193. 241. 286. Août. 15. 30.

Rolly, Fr., Opsoninuntersuchungen h. Infektionskrankheiten d. Menschen mit besond. Berücksicht. d. Diagnosenstellung. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 226.

Ronzani, Enrico, Ueber d. Einfluss d. Einathmungen reizendor Gase auf die Vertheidigungskräfte der Organismen gegenüber d. infektiven Krankheiten. Arch. f. Hyg. LXVII. 4. p. 287.

Rose, A., Malaria in Greece. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 6. p. 259. Aug. — New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 4—6. p. 100. 134. 159.

Rostowzew, M. J., Das *Kernig*'sche Symptom bei Tetanus. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36. 37.

Rothschild, D., Neue Gesichtspunkte in d. Tuberkulintherapie. Beitr. z. Klin. d. Tub. X. 1. p. 27.

Ruhens, Ueber einige Beobachtungen b. Scharlachepidemien. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42.

Ruffer, Marc Armand, The production of immunity against dysentory toxin. Brit. med. Journ. Oct. 17.

Rugo, Reinhold, u. Rogge, Die Paratyphuserkrankungen am Bord S. M. S. Blitz. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

Snur, Ueber Behandl. mit Pyocyanase b. Diphtherie, Scharlach u. Angina. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Sabrazès, J., u. Ch. Lafon, Beginn d. Ophthalmocytoreaktion auf Tuberkulin. Natur d. Exsudats. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Sadger, J., Die Hydriatik d. Typhus abdominalis. [Berl. Klinik Heft 242.] Berlin. Fischers med. Buchhandl. (H. Kornfeld.) 8. 33 S. 1 Mk. 20 Pf.

Schäffer, Kay, Om Febris glandularis (Drüsenfieber, *Pfeiffer*). Hosp.-Tid. 5. R. 1. 43. 44.

Schilling, Claus, u. v. Hoesslin, Trypanosameninfektion u. Complementbindung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Schleissner, Felix, Zur Frage d. Complementbindung b. Scharlach. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 40.

Schlesinger, Ernst, Ueberd. virulenzerhöhende aggressivartige Eigenschaft der Galle b. Infektionen mit Typhus- u. Coliculturen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 40.

Schröder, G., Ueber d. Indikationen, d. Technik u. den Nutzen d. Luftbäder in d. Phthiseotherapie. Fortschr. d. Med. XXII. 25. p. 785.

Schrumpf, P., Ueber gefährl. Folgen d. *Calmette*'schen Ophthalmoreaktion. Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Schürmann, W., Ueber die Verwendbarkeit der Complementbindungsmethode zur Diagnose Meningitis cerebrospinalis epidemica. Med. Klin. IV. 43.

Schütz, Aladár, u. Richard Vidóky, Ueber d. Zusammenhang d. exsudativen (phlyktänulären) Augenerkrankungen u. d. Tuberkulose, nebst Erfahrungen über d. Werth d. cutanen u. conjunctivalen Tuberkulindiagnostik. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 37.

Schütze, Albert, Ueber Paratyphus. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 10. p. 456.

Seligmann, E., u. F. Klopstock, Ueber Serumreaktion bei Scharlachkranken. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Sequeira, James H., On *Calmette's* ophthalmotuberculin reaction. Brit. med. Journ. Oct. 17.

Seymour, N. Gilbert, Some features of the present crusade against tuberculosis in New York city. New York med. Record LXXIV. 17. p. 700. Oct.

Sick, P., Zur Behandl. sept. u. pyäm. Allgemeininfektion. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 31.

Siegert, F., Die cutane Tuberkulinreaktion (*v. Pirquet*) im 1. Lebensjahre, spec. im 1. Lebenshalbjahre. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Sicre, A., Sensibilisatrice spécifique dans les sérums des animaux traités par la mal. melitensis et dans le sérum des malades attents de fièvre méditerranéenne. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 7. p. 616. Juillet.

Silberberg, L. A., Zur Frage d. Bakteriämie bei Typhus abdominalis. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 37.

Sokolowski, A., u. B. Dembinski, Klin. Untersuchungen über d. antituberkulöse Serum von *Marmorek*. Ztschr. f. Tub. XIII. 2. p. 163.

Sponglor, Carl, Tuberkulose-Immunblut, Tuberkulose-Immunität u. Tuberkulose-Immunblut (J.-K.) -Behandlung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Stuchelin, R., Der respiratorische Stoffwechsel eines Phthisikers während d. Nachtschweisses. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 3 u. 4. p. 241.

Stern, Nicolai, Ueber d. Verhalten d. Choleravibrionen d. menschl. Mageninhalt gegenüber. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

Stone, Arthur K., The home treatment of tuberculosis. Boston med. u. surg. Journ. CLIX. 13. p. 393. Sept.

Strain, Thomas, A diphtheria carrier; persistence of the *Klebs-Loeffler* bacillus 9 months after attack. Lancet Oct. 17. p. 1143.

Strong, Richard P., The diagnosis of African tick fever from the examination of the blood. Philippine Journ. of Sc. III. 3. p. 231. July.

Struthers, J. W., The treatment of tetanus. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 218. Sept.

Struggle against tuberculosis in Sweden. 1908. Edited by *Sture Carlsson*. Stockholm. Centraltryckeriet. 8. 201 pp. with illustrations.

Stühlern, V. R., Ueber d. klin.-bakteriol. Bedeutung d. quantitativen Bestimmung d. Typhusbakteriämie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Svensson, Josef, An inquiry as to wheter or not the tuberculosis taint can be acquired by the inhalation of dust containing tubercular bacilli. Struggle against tub. p. 163.

Szabóky, Johann von, Ueber Opsonine u. deren Verwerthbarkeit in d. Diagnose, Prognose u. Therapie d. Tuberkulose. Ztschr. f. Tub. XIII. 1. p. 1.

Szontagh, F. von, Ueber einige Formen d. antitox. Diphtheriebehandlung. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 3. p. 281.

Tchuwentsoff, A. N., Les modificationa du foie dans la peste bubonique. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 4 et 5. p. 398.

Thiroux, A.; R. Wurtz et L. Teppaz, Rapport de la mission d'études de maladie du sommeil et des trypaniotomiases animales. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 7. p. 561. Juillet.

Thoinot, L., La defeuse sanitaire contre le choléra. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 356. Oct.

Tillmann, J., Sanatorium treatment at home. Struggle against tub. p. 53.

Tillman, John, Kritisk öfversikt af den fysikaliska tidigdiagnostikens nuvarande ståndpunkt vid lungtuberkulos. Hygiea Festb. II. 41.

Todd, John L., The prevention of sleeping sickness. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Trautmann, Arno, Malaria u. Anopheles in Leipzig. Arch. f. Hyg. LVII. 2. p. 163. — Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Trorotoli, A., Valore dell'oftalmo reazione e modificazioni indotte nel sanguo. Rif. med. XXIV. 36.

Tripold, Varicellen bei Erwachsenen. Med. Klin. IV. 33.

Tsuchiyn, J., Ueber eine neue parasitäre Krankheit (Schistosomiasis japonica), über deren Erreger u. ihr opidem. Vorkommen in verschied. Gegenden Japans. Virchow's Arch. CXCIII. 2. 6. p. 323. 353.

Tuborknlose s. III. *Ball, Bartel, Betegh, Herrmann, Jurgritch, London, Steffenhagen.* IV. 2; 4. *Minet;* 5. *Fischer, Winternitz;* 6. *Devic, Kornfeld;* 8. *Chiari, Lépine;* 9. *Labbé, Velden;* 10. *Boeck, Ehrmann, Tornthammer, Gougerot, Kandry, Neisser, Wichmann, Zieler.* V. 1. *Strauss;* 2. a. *Lenormant;* 2. b. *Clarke;* 2. c. *Cornee, Delore, Friedrich, Hammer, Manges, Morton, Shiotha;* 2. d. *Casper, Krause.* VI. *Eisenstein, Henrich.* X. *Fage, Lafont.* XI. *Bar, Bourak, Gleitsmann, Goris, Lint, Pottenger, Robinson, Sohier.* XIII. 2. *Berliner, Gabritschevitch, Goldschmidt, Mc Glinn, Peters, Wright.* XV. *Eber, Martel.* XVIII. *Calmette, Eber, Henke, Kraus.*

Turban, K., u. G. Baer, Opson. Index u. Tuberkulose. Beitr. z. Klin. d. Tub. X. 1. p. 1.

Turban, K., u. G. Baer, Die prakt. Bedeutung d. opsou. Index b. Tuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Tyson, James, and Ralph Pemberton. 2 cases of streptococcus infection which gave a typical *Widal* reaction. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 6. p. 194. Aug.

Valerio, Ferrucoio, Contributo alle ricerca del bacillo tubercolare nell'espetterato. Rif. med. XXIV. 30.

Vanghan, Viotor C., The specific treatment of typhoid fever. Amer. Jonrn. of the med. Sc. CXXXVI. 3. p. 330. Sept.

Wadstein, Emil, King Oscar II. jubiler found, its origin, growth and administration at the public consumptives sanatoria 1900—1906. Struggle against tub. p. 92.

Wagner, Paul, Die Fortschritte in d. Serumbehandlung d. Tetanus. [Berl. Klinik Heft 244.] Berlin. Fischer's med. Buchh. (H. Kornfeld). 8. 32 S. 60 Pf.

Waller, C. E., Contribution to physical methods of diagnosis. Struggle against. tub. p. 129.

Walsh, Joseph, The early diagnosis of pulmonary tuberculosis. New York med. Record LXXIV. 12. p. 479. Sept.

Watt, Ernest, A diggest of 86 cases of epidemic cerebrospinal meningitis admitted to the middle ward Hospital, Motherwell in 1907. Lancet Aug. 22.

Weber, F. Parkos, A theoretical objection to the employment of the *Calmette* ophthalmo-reaction for tuberculosis. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. p. 315. Oct.

Weber, Hugo, Neuere Gesichtspunkte b. d. Behandl. d. Lungentuberkulose. Beitr. z. Klin. d. Tub. X. 3. p. 241.

Weias-Eder, Stephanie, Ueber Complikationen n. Serumtherapie b. Men. cerebrospinalis epidemica. Med. Klin. IV. 35.

Wherry, W. B., Bacteriology and pathology of plague. Calif. State Journ. of Med. VI. 18. p. 351. Oct.

Whipple, E. G., The relative and absolnte signs of pulmonary tuberculosas. Albany med. Ann. XXIX. 9. p. 747. Sept.

Wiens u. Günther, Untersuchungen über die Ophthalmoreaktion d. Tuberkuloso. Münchn. med. Wchnschr. LV. 36.

Winternitz, Wilhelm, Zur hydriat. u. diätet. Behandl. d. Cholera. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 9.

Wirths, Moritz, Ueber d. *Much*'sche granuläre Form des Tuberkulosevirus. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Wolff, M., u. Hana Mühsam, Mit Tuberkulin complementbindende Antistoffe im Serum Tuborkulöser. Deotsche med. Wchnschr. XXXIV. 35.

Wolff-Eisner, A., Ueber d. Complementbindung in ihrer Bedoutung f. d. Theorie d. Tuberkulinwirknng. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 37.

Wolff-Eisner, A., u. Ascher, Ueber Ergebnisse d. Complomentablonknng mit Tuberkelbacillenderivaten als Antigen b. Tuberkulose u. Infektionskrankheiten. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 37.

Wolff-Eisner, A., Ueber Vorsnche mit verschiedenen Tuberkelbacillendorivaten. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Wolff-Eisner, A., Die Gefahren d. Ophthalmoreaktion u. ihre Vermoidnng. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 33.

Wolff-Eisner, A., Die neue Erklärung d. Tuberkulinwirkung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Wolff-Eisner, A., Ueber meine Ergebnisse d. Cutan- u. Conjunctivalreaktion. Beitr. z. Klin. d. Tub. X. 2. p. 161.

Woltemas, Ueber Pocken u. Pockenimpfung. Schmidt's Jahrbb. CCC. p. 1.

Woodruff, Chnrlos E., The dangers of excessive sunlight in tuberculosis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 11. p. 490. Sept.

Woroester, Alfred, The uecessity of providing employment for tuberculosis patients. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 13. p. 399. Sept.

Zeissler, Johannes, Die *Wassermann*'sche Reaktion b. Scharlach. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42.

Zickgraf, Beitrag zur Behandlung d. Lungentuberkulose mit d. *Kuhn*'schen Saugmaske. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 39.

Zieler, Karl, Die neue Erklärnng d. Tuberkulinwirkung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 39.

Zupnik, Leo, u. Wilhelm Spät, Ueber den Nachweis d. Antigene u. d. Gegenkörpers im Blute von Typhuskranken. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 40.

S. a. III. *Mikroorganismen.* IV. 2. *Lungenphthisis, Pleuritis;* 5. Duprey, Wettergreu; 8. Chavernac, Watson; 11. Thomas. - V. 1. Kredel. XI. Nager. XIII. 2. Coheu, Johnston, Sacchini, Vinay. XV. *Vaccination.*

3) *Krankheiten des Respirationsapparates (und des Mediastinum).*

Achard, Ch., L'inaufflation de gaz dans les épanchements liquides de la plèvre. Semaine méd. XXVII. 38.

Beddard, A. P., and M. S. Pembrey, Observations on pulmonary ventilation in disease. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Beldau, G., Frühdiagnose u. Behandl. d. Bronchiektasie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Bero, Edward John, Some types of pneumonin associated with inflammation of adenoid growth. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 13. p. 598. Sept.

Bittorf, A., u. L. Steiner, Ueber d. Beeinflussung d. Pleuraresorption durch lokale Wärmeeinwirkung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 379.

Blümel, Karl, Ueber Collapsinduration d. rechten Lungenspitze b. chron. behindorter Nasenathmung u. ihre Differentialdiagnose gegen Tuberkulose d. Lunge. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Bönuiger, M., Zur Physiologie u. Pathologie d. Athmung. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 409.

Borris, W., Ueber primäres Chorionepitheliom d. Lunge. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 539.

Brandenburg, Wilhelm, Ein Beitrag zur Lungensyphilis. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. X. 2. p. 183.

Breton et L. Ducatillon, La splénopneumonio à forme prolongée. Echo méd. du Nord XII. 38.

Bungart, J., Ueber Recidive b. croupöser Pneumonie. Münchn. med. Wohnschr. LV. 38.

Chalier, J., Abcès du lobe gauche du foie et pleurésie purulente suraiguë. Lyon méd. CXI. p. 157. Août 2.

Dann, Richard, Ueber specif. Lungenerkrankung während d. Frühperiode d. Syphilis. Dermatol. Ztschr. XV. 10. p. 635.

Deeks, W. E., Pneumonia at the Isthmus of Panama. New York med. Record LXXIV. 14. p. 563. Oct.

Discussion on the causes of dyspnoea. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Discusaion on the mechanism of respiration in health and disease. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Discussion on diseases of the lungs caused by dust. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Dunlop, G. H. Melville, Some considerations regarding pneumouia in children. Brit. med. Journ. Aug. 15.

Ebert, O., Ueber d. Durchbruch käsiger Bronchialdrüsen in benachbarte Organe. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 8. p. 213.

Ellis, A. G., The pathological anatomy of bronchial asthma. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 3. p. 407. Sept.

Engels, Fr., Zur Casuistik ephemerer Pneumonien. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Friedländer, A. A., Zur Therapie d. Heufiebers. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Gulebsky, A., Ueber d. Anwendung d. Bronchoskopie in 2 Fällen von Asthma bronchiale. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 7.

Gerhardt, D., Ueber d. Druck in Pleuraexsudaten. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 228.

Gerhartz, Heinrich, u. Artur Strigel, Ueber Lungensteine u. Kieselsäurebehandlung. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. X. 1. p. 33.

Goerdeler, Ueber Lungenentzündung. Schmidt's Jahrbb. CCC. p. 28.

Götzl, Alfred, u. Robert Kienböck, Asthma bronchiale u. Verkleinerung d. Herzens. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 36.

Grace, Ralph, The treatment of hay-fever. Ther. Gaz. 3. S. XXIV. 8. p. 537. Aug.

Grünhaum, Otto, and W. O. Pitt, An attempt to prevent the adhesion of the pleura after inflammation. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Hart, Karl, Ueber d. bronchit. u. postpneumon. Obliterationsprocesse in d. Lungen. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 488.

Heim, L., Cytoseroprophylaxe u. Pneumonieinfektion. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Hellin, Dionys, Der doppelseit. Pneumothorax. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 261.

Kurrenstein. Ein Fall von Cancroid eines Bronchus u. Casuist. zur Frage d. primären Bronchial- u. Lungenkrebses. Charité-Ann. XXXII. p. 315.

Kirchheim, Ludwig, Meningismus u. Meningo-Encephalitis b. croupöser Pneumonie. Med. Klin. IV. 38.

Laird, Arthur T., On the importance of making the patient cough during the auscultation of the lungs. Albany med. Ann. XXIX. 8. p. 648. Aug.

Lambert, Alexander, and C. G. L. Wolf, The metabolism of nitrogen and sulfur in pneumonia. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 28.

Lemierre, A.; P. Abrami et E. Joltrain, Pneumococcémies avec localisation pulmonaire tardive; origine sanguine de la pneumonie franche aiguë. Gaz. des Hôp. 111.

Lewin, L., Tödtl. Lungenentzündung durch Einathmung von Ammoniakgas. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42.

Liebermeister, G., Zur normalen u. patholog. Physiologie d. Athmungsorgane. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Lommel, Felix, Zur Physiologie u. Pathologie d. Flimmerepithels d. Athmungsorgane. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 365.

Mac Callum, W. G., The teaching of pathological physiology (organs of respiration). Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XLX. 209. p. 215. Aug.

M'Gregore, A. N., Gangreue of the extremities after pneumonia. Glasgow med. Journ. LXX. 2. p. 81. Aug.

Mathias, J., The pulmonary symptoms in pneumonia and their treatment. Transvaal med. Journ. IV. 2. p. 29. Sept.

Matthes, M., Zur Lehre von d. paravertebralen Dämpfung b. Pleuritis. Med. Klin. IV. 38.

May, Ueber d. Wirkung d. *Römer*'schen Pneumokokkenserums b. d. croupösen Pneumonie, mit bes. Berücksicht. d. Leukocyten. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40. 41.

Mayr, Lymphosarkom d. Mediastinum. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 19. p. 123.

Milton, J. Penn, 2 cases of pneumothorax. Lancet Sept. 19.

Moffat, H. A., A case of foreign body in the left bronchus. Lancet Sept. 5.

Mouriquand, G., Le diagnostic de la broncho-pneumonie infantile. Gaz. des Hôp. 87.

Müser, P. J. Wilh., Ueber d. primären Krebs d. Lungen u. d. Bronchien. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 5. p. 111.

Nassotti, Francesco, La cura delle pleuriti siero-fibrinose col metodo di *Gilbert*. Rif. med. XXIV. 39.

Norman, George, Family pneumonia. Brit. med. Journ. Oct. 3. p. 1009.

Oliver, Thomas, The etiology and prevention of pneumoconiosis. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Pollatschek, Robert, Zur Casuistik d. abortiven Pneumonie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Ranzi, Egon, Ueber postoperative Lungencomplikationen embol. Natur. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. p. 380.

Robin, A., Pleurésie avec épanchement. Bull. de Thér. CLVI. 7. p. 260. Août 30.

Robin, Traitement d'un cas de pleuresie séro-fibrineuse aiguë gauche à grand épanchement et avec déplacement du coeur survenue chez un surmené. Bull. de Thér. CLVI. 12. p. 444. Sept. 30.

Rolland, William, Note on a case of acute pulmonar oedema. Lancet Aug. 15. p. 457.

Ruata, Guido Q., Der Ursprung der Pneumokoniosen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVIII. 1.

Rzewuski, A., Die Röntgenographie d. Thorax dyspnoischer Pat. b. Athemstillstand. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. X. 1. p. 127.

Schrötter, Hermann v., u. Maximilian Weinberger, Zur Kenntniss d. Colibacillen d. Respirationsorgane. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 31.

Shaw, H. Batty, and Edred M. Corner, A case of embolic (thrombotic?) atelectasis of the middle and lower lobes of the right lung; survival. Lancet Sept. 26.

Sicard et Paul Descomps, Oedème aigu du poumon d'origine rénale sans lésions aortiques. Progrès méd. 3. S. XXIII. 42.

Sihle, M., Experimentelles u. Krit. zur Lehre von d. Lungenschwellung u. Lungenstarrheit. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1 u. 2. p. 106.

Simon, Zur Casuistik d. abortiven Pneumonie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Strandgaard, N. J., Om konstitutionelle Aarsager til Lungenblodninger. Hosp.-Tid. 5. R. I. 40. — Ztschr. f. Tuberk XIII. 3. p. 209.

Thornton, W. L., and J. P. Pratt, The relation of bronchial stenosis to bronchiectasis. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 209. p. 230. Aug.

Torapkins, E. P., Pneumonia. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 7. p. 313. Aug.

Vaquez, Traitement des épanchements pleuraux par fes injections gazeuses stérilisées. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 31. p. 173. Oct. 6.

Vogel, H., Das Vorkommen u. d. Bedeutung halbseitig erhöhter Temperaturen bei Lungenaffektionen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 39.

Wolter, Jos., Zum Verhalten d. Stimmfremitus b. croupöser Pneumonie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Zak, Emil, Ueber d. diagnost. Verwerthung d. Zusammensetzung d. Harns b. Lungenentzündung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 31. 32.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bouk. IV. 2. Richter; 4. Melvy; 5. Galli, Pachnio; 11. Dunn. V. 2. c. *Chirurgie d. Lunge.* XIII. 2. Sohülfer.

4) *Krankheiten des Cirkulationsapparates.*

Adler, J., The present status of experimental arterial disease. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 2. p. 241. Aug.

Arnold, Horace D., High. frequency electricity in the treatment of cardiac disease. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 8. p. 231. Aug.

Digitized by Google

Baldassari, V., Contributo allo studio istologico dell'endocardite. Rif. med. XXIV. 32.

Bassett-Smith, P. W., Aneurysm of the heart due to syphilitic gumma. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Bishop, Louis Faugères, Symptoms attributed to the myocardium in reality after of peripheral origin. Amer. Jonrn. of the med. Sc. CXXXVI. 3. p. 379.

Braun, Ludwig, Zur Pathogenese n. Behandl. d. Arteriosklerose. Med Klin. IV. 32.

Braun, Ludwig, Zur Ausheilnng von Klappenfehlern d. Herzens. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. Vfl. 19. p. 113.

Bucholz, C. Hermann, Mechanical treatment of diseases of the circulatory system, with special consideration of the Zander methods. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 14. p. 432. Oct.

Buerger, Leo, Thrombo-angitis obliterans; a study of the vascnlar lesions leading to presenile spontaneous gaogrene. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 567. Oct.

Ceconi, Augelo, Spasmo mitralico. Rif. med. XXIV. 30.

Clow, B. N., Peripheral endarteriitis. Calif. State Journ. of Med. Vf. 8. p. 262. Aug.

Davidsohn, Felix, Die Herzdarstellung mittels Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Debove, Insuffisance aortiqne simnlant le rétrécissement mitral. Gaz. des Hôp. 109.

Dietlen, Hans, Orthodiagraph. Untersnchungen über patholog. Herzformen u. d. Verhalten d. Herzens b. Emphysem u. Asthma. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Dietlon, H., Orthodiagraph. Beobachtungen über Veränderungen d. Herzgrösse b. Infektionskrankheiten h. exsudativer Perikarditis u. paroxysmaler Tachykardie, nebst Bemerkungen über d. röntgenolog. Verhalten d. Pneumonie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Dietrich, A., Ein Zusammentreffen angeb. u. erworbener Herzfehler. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 43.

Discussion on the etiology of the degenerative changes in the aorta. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Ellis, Richard, Unusual cardiac murmnrs. New York med. Record LXXIV. 4. p. 145. July.

Enderlen, Ein Beitrag zur idealen Operation d. arteriellen Anenrysmas. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Erben, Franz, Ueber d. Bedeutung d. systol. Einziehungen in d. Herzgegend. Prag. med. Wchnschr. XXXfll. 39.

Eschle, Ausbau u. Correktur d. Prognose h. Herzkrankheiten u. Herzkomplikationen. Ztschr. f. Versich.-Med. 3. p. 53.

Fenton, W. J., On some forms of cardiac arrhythmia from the point of view of the myogenic theory. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Finck, Ch., Snr la valeur du rapport des tensions artörielle et capillaire dans l'artériosclérose. Revue de Méd. XXVIII. 8. p. 747.

Fisch, Maurns, Balneotherapie h. durch Stoffwechselstörungen bedingter Herz- u. Gefässerkrankungen. New Yorkor med. Mon.-Schr. XX. 5. p. 134.

Flenahurg, Carl, H. M. Konung Oscars II. sista jukdom och död. [Förkalkning i hjernans och hjertats blodkärl]. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 689.

Fontana, Giuseppe, fntorno alla propagazione al dorso del rnmore di soffio in dne casi d'insuffioienza mitralica senza lesione dei veli valvolari. Rif. med. XXfV. 43.

Gerbardt, D., Ueber Rückbildung d. *Adams-Stokes*'schen Symptomencomplexes. Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 485.

Gierke, Edgar, Hemmungsmisshildnng d. Herzens (Cor hiloculare), mit Bemerkungen über d. Truncus arteriosus communis. Charité-Ann. XXXII. p. 299.

Goldscheider, A., On the treatment of tachycardia. Folia therap. II. 4. p. 115.

Goodall, Harry W., Congenital varices of the right legg and external genital organs. Bosten med. a. surg. Journ. CLIX. 16. p. 499. Oct.

Granström, E., Zur Frage über d. Richtung d. dikrot. Welle. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1 u. 2. p. 146.

Grossmann, M., Ueber d. Bezieh. zwischen d. Blutdrucke u. d. Nutzeffekt d. Herzarbeit b. d. Arteriosklerose. Wien. med. Wchnschr. LVfII. 39. 40.

Guth, Ernst, Zur Therapie d. Kreislaufstörungen; *Karell*'scho Kur. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 42.

Hammer, Franz, Untersuchungen über d. sogen. Klappenhämatome. Zugleich ein Beitrag zur Frage d. Gefässverengerung h. Klappen d. menschl. Herzens. Virchow's Arch. CXCIII. 2. p. 238.

Hammond, Philip, Thrombosis of the lateral sinus. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 13. p. 405. Sept.

Hare, H. A., Remedial messnres other than drugs in cardiac disease. Thorap. Gaz. 3. S. XXIV. 9. p. 621. Sept.

Hart, Carl, Ueber d. Vorkommen u. d. Bedeutung d. retrogradon Lymphtransportes im Bereicho d. Angulus venosus sinister. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Hasebroek, Karl, Znr Frage d. peripheren Wirkungen d. aktiven Gymnastik auf Kreislaufstörungen h. Fettherz u. verwandten Zuständen, zugleich ein Versnch veränderter Auslegung d. Krankengeschichte *Oertel's*. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 61.

Heineke, Albert; Albert Micher u. H. v. Hösslin, Zur Casuistik d. *Adams-Stokes*'schen Symptomencomplexes u. d. Ueberleitungsstörungen. Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 459.

Hering, H. E., Ueber d. Wesen d. Herzalternans. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Hering, H. E., Das Elektrodiagramm d. Irregularis perpetuus. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCfV. 1 u. 2. p. 205.

Hering, H. E., Ueber d. Pulsus irregularis perpetnus. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 185.

Herz, Max, Die Beeinträchtigung d. Herzens durch Raummangel. Wien u. Leipzig 1909. Wilhelm Braumüller. 8. 79 S. 1 Mk. 25 Pf.

Herz, Max, Ueber d. Bebandl. d. räuml. Missverhältnisses zwischen d. Herzen u. d. Thorax. Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XII. 6. p. 335.

Herz, Max, Die sexuelle psychogene Herzneurose (Phrenokardie). Wien u. Leipzig 1909. Wilhelm Braumüller. 8. 64 S. 1 Mk. 20 Pf.

Hijmans van den Bergh, A. A., Een schijnbar hartgernish. Nederl. Weekbl. II. 14.

His, W., Ueber d. *Adams-Stokes*'schen Symptomencomplex. Charité-Ann. XXXIf. p. 3.

Homberger, Ernst, Der Aderlass n. d. blutentziehenden Mittel b. Herzkrankheiten im Lichte d. neuen Kreislaufstheorie. [Berl. Klin. Heft 343.] Berlin. Fischer's med. Buchh. (H. Kornfeld). 8. 19 S. 60 Pf.

Hornnng, Beiträge zur Frage d. akuten Herzerweiterung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

Huchard, H., Les fausses maladies du coeur et les cardiopathies functionnelles dans leurs rapports avec le service militaire. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 31. p. 181. Oct. 6.

Jacob, J., Die lebenswichtigen funktionellen oder nervösen intrakardial u. extrakardial entstandenen Herzkrankheiten. Fortschr. f. Med. XXVI. 18. p. 545.

Jagic, N., Ein Beitrag zur Casuistik d. *Adams-Stokes*'schen Symptomencomplexes. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1 u. 2. p. 183.

James, Walter B., A clinical study of some arrhythmics of the heart. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 469. Oct.

Janowski, W., Ueber d. Bedeutung d. ösophagealen Kardiogramme f. d. genaue Diagnose d. *Stokes-Adams*'schen Krankheit, nebst einigen Bemerkungen über Bradykardie. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 37. 38.

John, M., Ueber d. Technik u. klin. Bedeutung d. Messung d. systol. u. diastol. Blutdruckes. Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 542.

Josué, O., Formes cliniques de l'insuffisance cardiaque des artério-scléreux. Progrès méd. 43.

Karrenstein, Ein Fall von Fibroelastomyxom d. Herzens u. Casuist. zur Frage d. Herzgeschwülste, bes. d. Myxome. Virchow's Arch. CXCIV. 1. p. 127.

Kieseritzky, G., Ein Fall von Perforation eines Aorteuaneurysmas in d. obere Hohlvene. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Klein, H., Een geval van het syndroom van *Korsakow*, door hartziekte veroorzaak. Nederl. Weekbl. II. 15.

Korányi, A. v., Zur diagnost. Bedeutung d. extrasystol. Arrhythmie. Med. Klin. IV. 37.

Krämer, Martin, Blutuntersuchungen in verschied. periphor. Gefässprovinzen b. Cirkulationsstorung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 34.

Lane, J. E., A case of varicose epigastric veins following phlebitis. Yale med. Journ. XV. 1. p. 17. July.

Lenzmanu, R., Perkussionshammer u. Plessimeter zur Schwellenwerthperkussion d. Herzens. Med. Klin. IV. 31.

Linow, Zur traumat. Entstehung d. Aortenaneurysma. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 3. p. 231.

Meloy, Carl R., Abnormalities of the pulmonary blood-vessels. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 209. Aug.

Micholazzi, Alberto, Contributo clinico alla etiologia delle malattie dell'apparecchio circolatorio. Rif. med. XXIV. 34.

Minet, Jean, et R. Pierret, Rétrécissement mitral pur, nanisme et tuberculose. Echo méd. du Nord XII. 34.

Moshacher, E., Ueber Reizleitungsstörungen d. Herzens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Müller, Hermann, Ueber kardiopulmonale Geräusche. [z. *Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 500. 501. Innere Med. 147. 148.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 52 S. 1 Mk. 50 Pf.

Ortner, N., Zur Frage d. Dikrotie b. Aorteninsufficienz. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1 u. 2. p. 189.

Ortner, Norbert, Zur Klinik d. Stenose d. Mitralostiums u. zur Frage d. relativen Insufficienz d. Pulmonalklappen b. Mitralstenose. Med. Klin. IV. 42. 43.

Peiser, Louis, Angina pectoris. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. VIII u. 106 S. 2 Mk. 80 Pf.

Porgea, Max, Ueber Angina pectoris vera u. spuria. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 32.

Posselt, A., Die klin. Diagnose d. Pulmonalarteriensklerose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 31.

Poynton, F. J., On pyopericardium in children under 12 years of age. Brit. med. Journ. Aug. 15.

Richot, Ch., et Fr. Saint-Girons, Note sur la microsphygmie. Progrès méd. 3. S. XXIII. 44.

Rihl, J., Klin. Beitrag zur Kenntniss d. Ueberleitungsstörungen von d. Bildungsstätte d. Ursprungsreize zum Vorhof. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 286.

Ross, S. J., A family showing a marked tendency to arterial degeneration. Brit. med. Journ. Aug. 5. p. 407.

Rudolf, R. D., The blood pressure in arteriosclerosis. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 3. p. 374. Sept.

Sachs, B., *Raynaud's* disease, erythromelalgia and the allied conditions in their relation to vascular diseases of the extremities. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 560. Oct.

Samojloff, A., Elektrokardiogrammstudien. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 171.

Schlecht, Heinrich, Zur Frage der traumat. Herzerkrankungen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 10. p. 295.

Schmidt, Hugo, Die physik. Behandlung chron. Herz- u. Kreislaufskrankheiten. Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XII. 6. p. 356.

Schwartz, A., Le péricarde séreux; sa ligne de réflexion; le sinus transverse. Progrès méd. 3. R. XXIII. 32.

Sonnenkalb, V., Zur Pharmakologie d. Kreislaufscoordination. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 241.

Squire, J. Edward, An exo-cardial murmur often misinterpreted. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Stecker, Hans, Ein weiterer Fall von Cor triatriatum mit eigenartig gekreuzter Mündung d. Lungenvenen. Virchow's Arch. CXCIII. 2. p. 252.

Stratton, R. T., Treatment of aneurism by direct gradial arterial clossure. Calif. State Journ. of Med. VI. 10. p. 339. Oct.

Struhell, A., Zur Semiotik d. Herzkrankheiten. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 32. 33.

Struhell, A., Ueber funktionelle Diagnostik u. Therapie d. Herzkrankeiten. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42. 43.

Tuhora, D. v., Ueber Herzalternans u. seine Beziehungen zur continuirl. Herzbigeminie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Taylor, Frederick, On the varieties of malignant endocarditis. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Thoohalds, Annie F., A note on a case of rupture of superior mesenteric artery. Lancet Aug. 1. p. 311.

Uffenorde, W., Considérations anatomo-pathologiques et bactériologiques de thrombose pariétale du sinus. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 465.

Veith, Adolf, Ueber orthodiagraph. Herzuntersuchungen b. Kindern im schulpflicht. Alter. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 2. p. 205.

Vickery, Hermann F., Final report of a case of *Stokes-Adams'* disease. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 14. p. 435. Oct.

Voorhoeve, N., Einiges über d. Aneurysmata d. absteigenden Theiles d. Areus aortae. Med. Klin. IV. 41.

Waldvogel, Wie prüfen wir in d. Sprechstunde d. Funktion d. Herzens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Ward, Wilhur, Vessel anastomosis by means of rubber tubing. New York med. Record LXXIV. 16. p. 671. Oct.

Wassiljewsky, Zur Frage über d. venöse Stauung im System d. Vena portae. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 18.

Wells, H. Gideon, Persistent patency of the ductus arteriosus. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 3. p. 381. Sept.

Zagari, Giuseppe. Aortite addominale. Due nuovi sintomi, per stabiliona la dignosi. Rif. med. XXIV. 41. 42.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Boek, Ward. IV. 3. Göhl, Rsnzi, Shaw; 5. Picot, Reichmann; 6. Jores; 7. Kronenherg, Schlesinger; 8. *Basedow'sche Krankheit,* Bradford, Herz, Mattirolo; 9. Barió, Bleihtren, Kisch, Rogers; 11. Risson. V. 1. Martin; 2. c. *Chirurgie d. Herzens u. d. grossen Gefässe.* VII. Naoke, Wettergren. X. Merz. XI. Lange, Tenzer. XIII. 2. Bast, Brandini, Cloetta, Duhois, Fraenkel, Fürth, His, Horning, Kalmus, Peters, Zuelzer.

5) *Krankheiten des Digestionsapparates, des Bauchfelles und der Milz.*

Alexander, Alfred, Carcinoma ventriculi ex achylia. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Arnold Snow, Mary L. H., Mechanical vibration in the treatment of constipation and pelvic conditions. New York med. Record LXXIV. 6. p. 224. Aug.

Bardet, Direction logique du traitement de la constipation. Gaz. des Hôp. 91.

Barker, Milton H., Abnormal motility of the

stomach a valuable factor in the diagnosis of gastric lesions. New York med. Record LXXIV. 11. p. 442. Sept.

Basch, Seymour, The stomach and intestinal cases. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. f5. f6. p. 684. 738. Oct.

Baner, Richard, Ueber alimentäre Galaktosurie b. Ikterus. Deutsche med. Wchnschr. XXXfV. 35.

Beneke, R., Ueber d. hämorrhag. Erosionen d. Magens (Stigmata ventriculi). Verh. d. deutschen pathol. Ges. Xff. p. 284.

Bertelli, Giovanni, Note istologicha sopra un caso di cancro primitivo de fegato. Rif. med. XXIV. 35.

Bickel, A., Zur Pathologie d. Sekretion u. Transsudation im Magen. Med. Klin. fV. 41.

Boas, I., Giebt es eine spast. Obstipation. Med. Klin. IV. 39.

Boas, f., Carcinoma ventriculi ex achylia. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42.

Bodkin, Martin f., Sigmoiditis. New York med. Record LXXfV. f0. p. 403. Sept.

Boekelman, W. A., en A. K. Noyons, Het verlopp van zoutzur-en pepsin-secretie onder invleed ven proefbouillon ale functioneel diagnosticum. Nederl. Weekbl. II. f2.

Boeckler, Ein Fall von Ruminatio humana mit wechselndem Magenchemismus. Med. Klin. IV. 33.

Bofinger, Die innere Behandlung d. Gallensteinkrankheit. Württemb. Corr.-Bl. LXXVfII. 32.

Boije, O. A, Ett fall af tarmsarkom. Finska läkaresällsk. handl. L. s. f84. Sept.

Borchardt, M., Zur Kenntniss d. akuten Magenektasie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 35.

Borgbjärg, Axel, Die Bedeutung der Magenfunktionsuntersuchnng f. d. Diagnose d. Ulcus ventriculi. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 4. p. 424.

Brucks, F., Zur Tetanie b. chron. Dilatatio ventriculi. Beitr. z. klin. Chir. LIX. f. p. 229.

Bushnell, F.G., Asylum dysentery and ulcerative colitis. Brit. med. Journ. Sept. f9.

Carnot, Penl, Les syndromes hépato-pancréatiques. Progrès méd. 3. S. XXIII. 36.

Carnot, Peul, La gélose et les mucilagineux dans le traitement de la constipation. Progrès méd. 3. S. XXIII. 42.

Chambers, Graham, The diagnostic value of perverse secretion of hydrochloric acid by the mucous membrane of the stomach. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. f7. p. 786. Oct.

Choinisse, L., L'entéromyxorrhée nerveuse. Semaine méd. XXVIII. 33.

Chiari, H., Ueber eine in Spontanheilung begriffene totale Abreissung d. linken Leberlappens. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36.

Chini, L'esame funzionale dell'intestino colla prova di *Schneidt*. Rif. med. XXIV. 40.

Clowee, Norton B., A case of congenital hypertrophic stenosis of the pylorus treated medically. Lancet Aug. 22.

Crämer, Friedrich, Chronischer Magenkatarrh (Gastritis chronica). (Vorlesungen über Magen- u. Darmkrankh. 4. Heft.) München. J. F. Lehmann's Verl. 8. 108 S. mit 4 Tafeln. 4 Mk.

Cruikshank, G. R., Medical treatment of appendicitis. New York med. Record f.XXfV. 8. p. 307. Aug.

Curtie, F., Etude sur un cas de linite plastique gastro-intestinale. Arch. de Méd. expérim. XX. 5. p. 624. Sept.

Dialti, Giulio, Paralisi gastrica postoperatoria ed occlusione duodenale. Rif. med. XXIV. 42.

Di Cristina, G., Die sekretor. Fnnktion d Magendrüsen unter abnormen Bedingungen d. fnnervation u. d. Kanalisation d. Organs. Virchow's CXCIV. 1. p. 32.

Discussion on splenic enlargements other than leukaemic. Brit. med. Journ. Oct. f7.

Discussion on compensatory and regenerative changes in the liver. Brit. med. Journ. Oct. f7.

Discussion on the use of bismuth in the diagnosis of conditions of the oesophagus and stomach. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Dobrowolskaja, N. A., Die Bedeutung d. Blutes f. d. Magenverdauung. Ztschr. f. physiol. Chemie LVf. 4. p. 408.

Doll, Zur Geschichte d. Appendicitis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Dreesmann, Diagnose u. Behandl. d. Pankreatitis. Wien. Klin. IV. 38. 39. 40.

Dreyfus, Georges L., Ueber nervöse Dyspepsie, mit einleitenden Worten von *L. Krehl*. Jena. Gustav Fischer. 8. fV u. 102 S. 2 Mk. 50 Pf.

Duprey, A. J. B., Malarial cirrhosis of the liver. Lancet Aug. 1.

Einhorn, Max, Fälle von Ischochymie, Gallensteinerkrankung vortäuschend. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 4. p. 407.

Ellis, B. K., The treatment of chronic constipation. Therap. Gaz. 3. S. XXfV. 9. p. 617. Sept.

Esser, Untersuchungen über d. fermentative Kraft von Polypensekret b. einem Falle von ausgedehnter Polyposis coli et recti, nebst Beobachtungen über d. Wirkung d. Purgens. Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 535.

Feber, Knud, u. G. Lange, Die Pathogenese u. Aetiologie d. chron. Achylie gastrica. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1—4. p. 53. 247.

Fenlhaber, M., Die Röntgenuntersuchung des Magens. Arch. f. physik. Med. u. med. Techn. ffI. 3 u. 4. p. 205.

Feldman, M., Idiopathic dilatation of the colon. Brit. med. Journ. Aug. f.

Fioravanti, Luca, Contributo allo studio dei microsarcomi dell'intestino. Rif. med. XXfV. 31.

Fischer, Bernh., Ueber primäre Darmtuberkulose b. Erwachsenen. Münchn. med. Wchnschr. fV. 38.

Fischler, Ueber d. Wichtigkeit d. Urobilinurie f. d. Diagnose d. Leberaffektionen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Fleischer, Fritz, u. S. Möller, Zur Beurtheilung d. Entstehung d. Superacidität d. Magens. Med. Klin. IV. 37.

Foster, Nellis B., and Adrian V.S. Lambert, The effects of some organic acids on the secretion of gastric juice. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 108.

Foster, Nellis B., and Adrian V.S. Lambert, The effect of mechanical obstruction of the pyloric outlet on gastric secretion. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 109.

Fowler, Royafe Hamilton, The relation of the lesion in appendicitis to the leucocyte count. Surg., Gyn. a. Obst. Vff. 3. p. 308.

Franchini, G., e C. Lotti, Alcune considerazioni sulla putrefazione intestinale. L'azione antiputrida del gioddn. Rif. med. XXIV. 37.

Fricker, E, Ueber d. Vorkommen d. sogen. langen Bacillen im Verdauungstractus u. ihre Beziehungen zu d. Funktionsstörungen d. Magens. Arch. f. Verd.-Krankh. XfV. 5. p. 537.

Friedel, G., Beiträge zur Erforschung des Verdauungstractus durch Röntgenstrahlen. Arch. f. physik. Med. u. med. Techn. III. 3 u. 4. p. 294.

Friedenwald, Julius, Gastromyxorrhoea. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 9. p. 265. Aug.

Fuld, E., Ein handlicher, leicht rein zu haltender Magenaspirator. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Galli, Giovanni, Ueber eine eigenart. Dyspnöe gastr. Ursprungs. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 32.

Gent, Samuel G., Local and surgical treatment of chronic diarrhoea. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIfI. 7. p. 289. Aug.

Gaston, J. Mc Fadden, Case of obstruction of

Digitized by Google

the bowels, simulating appendicitis. New York med. Record LXXIV. 10. p. 400. Sept.

Gellé, E., et Pélissier, Histologie pathologique du pancréas. Echo méd. du Nord XII. 24.

Gilbride, John J., Jaundice due to disease of the biliary and pancreas passages. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 11. p. 504. Sept.

Glaessner, K., Ueber Balantidienenteritis. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Glaessner, K., u. H. Popper, Die Physiologie u. Pathologie d. Pankreasfistel-Sekretes. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 46.

Godart-Danhieux, Le diagnostic de l'estomac biloculaire. Policlin. XVII. 15.

Gottstein, Georg, Ueber Pathologie u. Therapie des chronischen Kardiospasmus. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 38.

Gottstein, Georg, Weitere Fortschritte in d. Therapie d. chron. Kardiospasmus (mit sackartiger Erweiterung d. Speiseröhre). Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. p. 497.

Grafe, E., u. W. Röhmer, Ueber d. Vorkommen hämolytisch wirkender Substanzen im Mageninhalte u. ihre Bedeutung f. d. Diagnose d. Magencarcinoms. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 239.

Guerrini, G., Sur le mode de se comporter de la cellule hépatique autour du siège d'une blessure. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 153.

Halász, Heinrich, Seltener Fall von Speichelsteinbildung. Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 3. p. 351.

Hawkins, Herbert, and Edred M. Corner, Case of acute appendicitis. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Hedrén, G., Teleangiectasia hepatis disseminata och deus patogenes. Hygiea Festber. II. 43.

Hertz, Arthur F., Constipation. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Hildebrandt, W., Moderne Leberdiagnostik und Bemerkungen von *Posselt*. Med. Klin. IV. 39.

Hofmeister, Ueber Gallensteinerkrankung. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 41.

Hoot, E. C., The treatment of chronic gastric and duodenal ulcer with antilytic serum. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Huppert, Paul, Ueber die Aetiologie d. digestiven Magensaftflusses. Med. Klin. IV. 31.

Jores, L., Ein Fall von sarkomatöser Angiom d. Milz u. Leber. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 16.

Jores, Ueber d. Vorkommen von Gewebsatrophien u. -Hyperplasien in d. Leber b. Tuberkulösen. Med. Klin. IV. 38.

Kaestle, C., Ueber Magenmotilitätsprüfungen mit Hülfe d. Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Kahn, Maurice, Subacute perforation of the stomach. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 360.

Kappis, A., Leberechinococcus mit Vereiterung u. Perforation d. rechten Lunge; Gallenbronchusfistel. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 282.

Katzenstein, M., Der Schutz d. Magens gegen d. Selbstverdauung, nebst einem Vorschlag zur Behandl. d. Ulcus ventriculi. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

Kempf, Friedrich, Ueber d. Sekretion von Pankreasfisteln u. ihre Beeinflussung durch antidiabet. Diät. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Keyser, Charles S., A case of carcinoma of the jejunum, with remarks on malignant disease of the small intestine. Lancet Aug. 1.

Kingsford, B. H., Case of acute intestinal obstruction in a haemophilic. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Klose, Heinrich, Ueber d. Sanduhrmagen d. Kinder. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 3. p. 318.

Knott, Bnren, Primary sarcoma of the liver. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 328.

Koch, Josef, Ueber Beziehungen d. Staphylokokken u. Streptokokken z. d. Gallenwegen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LX. 3. p. 335.

Koettlitz, H., L'alcool et les troubles de la sécrétion gastrique. Policlin. XVII. 19.

Kothe, R., Das neutrophile Blutbild im Frühstadium d. akuten Appendicitis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36.

Landerer, Rudolf, Ueber d. Verhalten von Pepsin u. Lab im Fundus u. Pylorus d. menschl. Magens, nebst einigen Bemerkungen über die Beziehungen von Pepsinwirkung u. Säureconvulation. Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 563.

Landois, Felix, Ueber multiple Cysten d. Oesophagus. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 600.

Latzel, Robert, Wachsthumsfähigkeit von *Boas-Kaufmann*'schen Bacillen im Mageninhalt. Münchn. med. Wchnschr. LV. p. 30.

Levison, Louis A., Upon the relationship between the secretion of gastric juice and its pepsin content. Physic. a. Surg. XXX. 5. p. 202.

Lévy, Fernand, Les hémorrhagies occultes du tube digestif. Gaz. des Hôp. 122.

Lewinski, Joh., Die Gerinnung d. Pankreassekretes aus d. Magen u. ihre diagnost. Verwerthbarkeit. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Liebmann, Viktor, Zur Behandl. d. chron. Obstipation. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 39.

Liudemann, August, Zur Pathologie d. menschl. Oesophagusschleimhaut. Virchow's Arch. CXCIII. 2. p. 258.

Lucas, W. F., A study of 136 cases of diarrhea occuring on the Boston floating hospital during the summer of 1907. Boston med. s. surg. Journ. CXIX. 10. p. 297. Sept.

Luther, John W., Review of cases of various types of enteroptosis. Univ. of Pennsyl. med. Bull. XXI. 5. p. 154. July.

Mc Ilvaire-Phillips, James, a. Eugene Franklin Mc Campbell, Infectious jaundice due to piroplasma commune. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 5.

Mc Williams, Clarence A., Acute post-operative dilatation of the stomach. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 294.

Magenau, Fr., Ein Fall von akuter hämorrhag. Pankreatitis b. Cholelithiasis. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 33.

May, Aylmer W., Bilharziosis of the gastric mucous membrane. Brit. med. Journ. Aug. 29. p. 600.

Meidner, Siegfried, Ueber d. Genese d. Dehnungsgeschwüre im Darm. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 456.

Miller, James, and L. C. Hayer, A case of acute yellow atrophy. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 53. July.

Möller, S., Ueber chron. acholurischen Ikterus mit Splenomegalie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36.

Moerlin, Fibrohysin b. Hepatitis interstitialis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Moynihan, B. G. A., The diagnosis of duodenal ulcer. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 449.

Morris, Henry, Malignant disease of the stomach associated with malignant disease of the glands above and behind the inner extremity of each clavicle. Lancet Aug. 15.

Müller, Albert, Der Einfluss d. Salzsäure auf d. Pepsinverdauung. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 27.

Münter, Ueber Pneumokokkenaffektion d. Magens. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Murdoch, Frank Hari, Ischochymia. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 12. p. 533. Sept.

Myer, Jesse S., The oesophagoscope as a diagnostic ant therapeutic aid in oesophageal obstruction. New York med. Record. LXXIV. 5. p. 170. Aug.

Nicholsou, G. W., 3 cases of squamous-celled

carcinoma of the gall-bladder. Journ. of Pathol. a. Bakteriol. XIII. 1. p. 41. July.

Nové-Josserand et Pêhn, Sténose pyloriqne par hypertrophie musculaire. Lyon méd. CXI. p. 661. Oct. 25.

Paehnis, Friedrich, Ueber Lungen-Speiseröhrenfistein. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 4. p. 369.

Packard, Horace, Permanent stenosis of the ductus communis frominflammatory infiltration or cicatricial contraction of a duodenal ulcer. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 4. p. 106. Jnly.

Pfannenstill, S. A., Om tidig diagnos af magkräfta. Hygiea 2. F. VIII. 4. p. 327.

Phillips, James, The treatment of acute appendicitis as it comes under the care of the general practitioner. Lancet Oct. 17.

Picot, C., Un cas de thrombose des veines mésentériques pris ponr une colique hépatique. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 8. p. 537. Août.

Possolt, A., Moderne Leberdiagnostik in funktioneller u. ätiolog. Beziehnng. Med. Klin. IV. 31.

Reichmann, Ein Fall von Aneurysma d. Art. hepatica propria mit Cystenbildung in d. Leber. Virchow's Arch. CXCIV. 1. p. 71.

Rowidzoff, P., Die Vereinfachung d. Technik d. Oesophagoskopie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 40.

Rhenter, Jean, et Jean Rehattu, Cancer primitif des canaux biliaires. Gaz. des Hôp. 116.

Ribbert, H., Zur Genese d. Lebercirrhose. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Rohorts, Dudley, The diagnosis of peptic ulcer. New York med. Record LXXIV. 16. p. 657. Oct.

Robin, Albert, Le traitement d'un cas de dyspepsie hyperstheniqno retardée. Bnll. de Thér. CLVI. 10. p. 353. Sept. 15.

Rodolla, A., Magencarcinom u. Milchsäurebacillen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVII. 4.

Rosenthal, Bernh. Ueber Duodenalverschluss. Arch. f. Gyn. LXXXVI. 1. p. 28.

Rovsing, Thorkild, Direkte Gastro-Duodenoskopi og Diafanoskopi. Hosp. Tid. 5. R. I. 35. 36.

Rütimeyer, L., Ueber d. therapeut. Erfolge d. Oeitherapie b. Magenkrankheiten. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 20. Vgl. a. 15. p. 524.

Schirokogoroff, J. J., Primäres Sarkom d. Pankreas. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 395.

Schlaepfer, Eine neue Methode zur Funktionsprüfung des Magens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 36.

Schmidt, Adolf, Ueber Myalgien u. Spasmen d. Bauchmuskeln, welche Erkrankungen d. Abdominalorgane vortäuschen. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 41.

Schnitzler, Julius, Ueber eine typische lokalisirte Metastase d. Magencarcinoms. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 205.

Schürmayer, C. Bruno, Ueber d. interne Therapie b. Cholelithiasis. Wien. klin. Rundschau XXII. 31. 32. 33.

Schütz, Aladár, Untersuchnngen über die entgiftende Thätigkeit d. Magensaftes, nebst einigen Bemerkungen über ihre Bedeutung b. d. Säuglingsernährung u. Immnnität. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 1. p. 115.

Schütz, R., Ueber chron. Magen-Darmdyspepsie u. chron. dyspept. Diarrhöen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 125.

Soelig, M. J., A further aid in the diagnosis of oesophageal stenosis. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 271.

Seliger, Der Colibacillus in seiner Wechselbeziehnng znr Darmlähmung. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 43.

Senator, H., On the internal use of soap in the treatment of cholelithiasis. Fol. therap. II. 3. p. 77.

Siegmund, Arnold, Ueber Magenstörungen b. Masturbanten. Münchn. med. Wchnschr. LV. 31.

Sjögren, T., Om röntgenundersökning af digestionskanalen. Hygiea Festb. 35.

Sjökvist, John, Undersökning af ett ovanligt tarmkonkrement. Hygiea Festber. II. 48.

Stark, Adolf, Ueber Meteorismus. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 32.

Strauss, H., Proctitis sphincterica. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Svendsen, Fr., Diagnosen af Ventriklens Motilitet og Sekretion. Hosp. Tid. 5. R. I. 37. 38.

Theodorow, Athanas, Zur Kenntniss d. primären Lebercarcinome. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 407.

Tsnnoda, Takashi, Eine experim. Studie über d. Folgen d. Stenose oder Obliteration d. Ductus choledochus. Zur Kenntniss d. sogen. biliären Lebercirrhose. Virchow's Arch. CXCIII. 2. p. 213.

Tyrode, Maurice Vojnx, General therapeutics of gastric affections. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 7. 208. Aug.

Ungermann, E., Duodonitis phlegmonosa. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 445.

Urban, Karl, Ueber Pseudoappendicitis hysterica. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 35.

Van Dnyse, Chondro-myxo-péritheliome de la bile. Belg. méd. XV. 31.

Venulet, F., Völliger Umbau d. Leber mit Adenombildung b. einem 10jähr. Kinde. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 17.

Versé, Max, Ueber d. Entstehnng, d. Ban u. d. Wachsthum d. Polypen, Adenome n. Carcinome d. Magen-Darmkanals. Leipzig. S. Hirzel. Gr. 8. VII u. 175 S. mit 9 Tafeln. 8 Mk.

Vincent, Beth, Acute appendicitis in children. Boston med. a. surg. Jonrn. CLIX. 14. p. 427. Oct.

Wakefield, K. T., Oral sepsis. Brit. med. Jonrn. Sept. 19. p. 832.

Wark, David, The effective treatment of membranous colitis. New York med. Record LXXIV. 10. p. 495. Sept.

Weinstein, Harris, Nenrasthenia ventriculi and gastroptosis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 11. p. 508. Sept.

Wolis, H. Gideon, The chemical composition of the liver in acute yellow atrophy. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 24.

Wettergren, Carl, Gastrostaxis efter influenza. Hygiea 2. R. VIII. 7. S. p. 776.

Wijnhausen, G. J., en J. W. Tjeenk Willink, Een zoldzam gezwel van der maag. Nederl. Weekbl. II. 17.

Winternitz, M. C., Tuberculosis of the stomach; tuberculous cavities of the liver. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 209. p. 223. Aug.

Winternitz, M. C., Changes in the pancreatic ducts and relation to chronic pancretaitis. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 209. p. 237. Aug.

Witthauer, Knrt. Zur Aetiologie d. Blinddarmentzündungen. Therap. Monatsh. XXII. 9. p. 463.

Zironi, Ginseppe, Contributo sperimentale alla patogenesi dell' ulcera rotonda del stomaco. Rif. med. XXIV. 38.

Zypkin, S. M., Ein Fall von angeb. Hypoplasie d. Leber. Virchow's Arch. CLCIV. 1. p. 63.

S. a. I. Brezina, Hammarsten, Herter. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bensen. Berger, Gonder, Grober, Herter, Hefter, Hoffmann, Horowitz, Mühlens. IV. 1. Halsted, Anderson; 2. Brahmachari, Haan, Milhit; 3. Chalier; 4. Heineke; 6. Latzel; 11. Dammert, Gellé. V. 1. Lothrop; 2. o. *Chirurgie d. Unterleibsorgane.* VIII. Geisinger, Glover, Göppert, Heubner, Knöpfelmacher, Schulz, Scuddor. XI. Baumgarten. XIII. 2. Ehrmann, Hammer, Mc Glion, Petri, Spiro, Steel, Tahora, Togami, Ury.

6) *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren und der männlichen Genitalien, ausschliesslich der Syphilis.*

Asch, Robert. Nierenatrophie b. Ureterfistel. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 40.

Beitzke, H., Ueber Cysten im Nierenmark. Charité-Ann. XXXII. p. 285.

Berg, Georg, Zum gegenwärt. Standpunkt der Nierendiagnostik u. Nierentherapie. Med. Klin. IV. 35.

Blum, V., u. H. Prigl, Was leistet d. Phlorizinmethode f. d. funktionelle Nierendiagnostik. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 42.

Campani, Arturo, Dottrina della insufficienza di secrezioni ghiandolari interne nella patogenesi del piccolo brightismo del *Dieulafoy*. Rif. med. XXIV. 42.

Carpenter, George, Nephritis in infancy. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Casper, Zur Pathologie u. Therapie d. Pyelitis. Med. Klin. IV. 40.

Casper, L., u. C. S. Engel, Ueber einen Versuch, d. chron. Nierenentzündung serotherapeutisch zu beeinflussen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 41.

Chuto, Arthur L., An analysis of the symptoms in 40 cases of suppuration of the kidney and kidney pelvis. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 12. p. 364. Sept.

Clairmont, Paul, u. Hana von Haberer, Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 316.

Corsini, Fortunato, La divisione delle orine dal peruto di vista medico mediante l'apparecchio di *Luys*. Rif. med. XXIV. 43.

Cushing, Harvey, and James Bordley, Subtemporal decompression in a case of chronic nephritis with uremis, with especial consideration of the neuroretinal losion. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 484. Oct.

Devic et Rieux, Néphrite scléreuse atrophique d'origine tuberouleuse. Revue de Méd. XXVIII. 8. p. 720.

Diem, Martha, Ueber d. Vorkommen mydriatisch wirkender Substanzen im Harn. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 174.

Ekehorn, G., De anormale njurkärlen och hydronefros. Hygiea 2. F. VIII. 8. s. 771.

Ekehorn, G., Om den infektiösa pyelonefriten med särskidt afseende på den akuta formen. Hygiea Festb. II. 33.

Engel, H., Zur therapeut. Bewerthung d. Wüstenklimas b. Nephritis. Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XII. 6. p. 341.

Engel, H., Ueber Blutdruck u. Blutdruckmessung b. chron. Nephritis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 43.

Fullerton, Andrew, On some cases of haematuria. Brit. med. Journ. Oct. 3.

Gangitano, Ferdinando, Cistalgia da rene mobile. Rif. med. XXIV. 43.

Halpern, Mieczyslaw, Studien über d. Hydrämie b. Nephritis. Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 585.

Hirsch, Rahel, Zur Frage d. Cylindrurie ohne gleichzeit. Albuminurie. Charité-Ann. XXXII. p. 68.

Hürter, Ueber d. Einfluss kohlensäurehaltiger Bäder auf d. Blutdruck Nierenkranker. Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XII. 6. 7. p. 325. 406.

Janovsky, Th. G., La séméiologie des néphrites. Revue de Méd. XXVIII. 8. p. 711.

Jores, Leonhard, Ueber die Beziehungen der Schrumpfnieren zur Herzhypertrophie vom pathol.-anatom. Standpunkte. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 1.

Josephson, C. D., och Gösta Forssoll, Bidrag till röntgendiagnostiken vid njurtuberkulos. Hygiea Festb. II. 34.

Kapsammer, Ist d. Zeit d. Ausscheidung von dem Organismus einverleihten Substanzen zur Funktionsprüfung d. Nieren zu verwerthen? Wien. klin. Wchnschr. XXI. 40.

Kiewiet de Jonge, G. W., Over alhuminurie hij inlanders. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. hlz. 346.

Kornfeld, Fordinand, Ueber Nierentuberkulose. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 35.

Latzel, Robert, Situs inversus viscerum; toxische Nephritis u. Cystitis im Anschlusse an Appendicitis. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 19. p. 118.

Meyer, Oskar, Zur Kenntniss d. Gefässe einseitig congenital verlagerter Nieren u. Hufeisennieren. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLIV. 1. p. 1.

Mieklen, Ein Fall von Nephritis specifica im Sekundärstadium d. Syphilis. Charité-Ann. XXXII. p. 482.

Randall, G. M., Renal insufficiency. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 9. p. 267.

Schirokauer, Hans, Weitere Beiträge zum Salzstoffwechsel b. experiment. Nephritis. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1 u. 2. p. 169.

Steensma, F. A., Betrachtungen über d. Nierenfunktion unter normalen u. patholog. Verhältnissen unter Berücksicht. d. Formeln von *v. Koránvi* u. von *Claude* u. *Balthazard*. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 3 u. 4. p. 317.

Teissier, J., Nouvelles recherches sur la sérothérapie des néphrites. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 31. p. 188. Oct. 6.

Turner, Dawson T. D., The haemorenal index. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Warrington, W. B., On granular kidney. Lancet Aug. 22.

White, Charles Powell, On the so-called fatty degeneration of the adrenals. Journ. of Pathol. a Bacteriol. XIII. 1. p. 11. July.

Winternitz, M. C., A case of sigmoid kidney. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 209. p. 229. Aug.

S. a. I. *Hornuntersuchungen*. II. *Anatomie u. Physiologie*. III. Klecki, Lindemann, Löning, Martinotti. IV. 3. Sicard. X. Merz. XI. Stewart.

7) *Krankheiten der Bewegungsorgane.*

Austin, A. E., Calcium metabolism in a case of myositis ossificans. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 31.

Bardulin, G. J., Zur Frage d. Echinococcus d. Muskeln. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 35.

Burton, E. T., Bee stings and rheumatism. Brit. med. Journ. Oct. 31. p. 1369.

Heimann, Willy, Ueber einige subcutane Muskel- u. Sehnenverletzungen an d. oberen Extremitäten. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 9. p. 266.

Jüillard, Charles, Sur la fréquence de la situation des lésions dans l'arthrite déformante. Arch. de Méd. expérim. XX. 4. p. 438. Juillet.

Kronenberg, Hermann, Ueber Claudicatio intermittens an d. oberen u. unteren Extremitäten. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 41.

Laumonier, J., La question de l'arthritisme. Bull. de Thér. CLVI. 14. 15. p. 529. 571. Oct. 15. 23.

Minkowski, O., Zur medikamentösen Therapie d. akuten Gelenkrheumatismus. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 9. p. 385.

Meyler, Thos. E. B., A case of rhoumatic hyperpyrexia. Lancet Oct. 3. p. 1013.

Minnt, Jean, et Étienne Verhaeghe, Myopathie progressive primitive. Echo méd. du Nord XII. 34.

Piccioli, Gulio, Sopra un caso di emiangioma primitivo del gastrocnemio. Rif. med. XXIV. 40.

Reyher, Paul, Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Rheumatismus nodosus. Charité-Ann. XXXII. p. 106.

Schlesinger, Hermann, Intermittirendes Hinken b. hochgrad. venöser Stauung an d. unteren Extremitäten. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 19. p. 117.

Silberborth, Ein Beitrag zur akuten Polymyositis. Med. Klin. IV. 36.

Tricot, Pseudo-appendicite au cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu. Gaz. des Hôp. 106.

Walker, E. W. Ainley, Bees sting and rhoumatism. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Walzberg, Th., Tenotomie d. Musc. ileopsoas am Trochanter minor. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

S.a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Melchior, Poncet; 8. *Neurol. Muskelleiden*, Renaut; 9. Laumonier; 11. Robin. V. 1. Lexer. XIII. 2. Bast.

8) *Krankheiten des Nervensystems.*

Alexander, G., Zur Klinik u. Behandl. d. labyrinthogenen Meningitis. Ztschr. f. Ohrenhkde. LVI. 3. p. 249.

Alquier, L., Le problème de l'hystérie. Gaz. des Hôp. 90.

Alquier, L., et C. Renaud, Mal de Pott cervicodorsal; paralysie flasque aux membres supérieurs sans spasmodicité notte aux inférieurs; myélite incomplète. Revue neurol. XVI. 14. p. 717.

Anderson, R. J., Some notes on suggestion in its physiological bearings. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Apelt, F., Ein Fall von Basedow'scher Krankheit im Anschluss an nicht eitrige Thyreoiditis acuta. Munchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Apelt, F., Der Werth von Schädelcapacitätsmessungen u. vergleichende Hirngewichtsbestimmungen f. d. innere Medicin u. d. Neurologie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 306.

Archambault, La Salle, Acute anterior poliomyelitis in the adult. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 6. p. 253. Aug.

Babonneix, L., Un cas d'astasie-abasie chez un enfant de 10 ans. Gaz. des Hôp. 115.

Bailey, Pearce, Brachial birth palsy. Bull. of the Lying-in Hosp. of N. Y. IV. 4. p. 119. March.

Bardenheuer, Die operat. Behandl. d. traumat. subcutanen Compressionslähmung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Barr, J. Stoddart, Paralysis of the sixth cranial nerve in aural disease. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Borger, Hans, Ueber einen Fall von Tetanie mit Obduktionsbefund. Med. Klin. IV. 42.

Bernheim, Doctrine de l'aphasie. Revue de Méd. XXVIII. 9. p. 797.

Beyer, Ernst, Invalidität durch *Huntington*'sche Chorea. Med. Klin. IV. 37.

Beyer, Ernst, Die Heilstättenbehandl. d. Nervenkranken. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. XIX. 19. p. 710. Oct.

Böhm, Willy, Ueber Sprachstörungen u. deren Ursachen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 7.

Bolten, G. C., Over neuritis ascendens. Nederl. Weekbl. II. 16. — Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

Bonnar, John D., Apoplexy. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 14. p. 643. Oct.

Bouchaud, Névralgie de la face du coté droit et hémispasme faciale du même coté. Revue neurol. XVI. 17. p. 901.

Bradford, John Rose, On certain anourysms of cerebral vessels. Lancet Sept. 5.

Breuer, Jos., u. Sigm. Freud, Studien über Hysterie. 2. Aufl. Leipzig u. Wien 1909. Franz Deuticke. 8. VII u. 269 S. 7 Mk.

Brinton, Arthur G., Irritation of the trigeminus. Transvaal med. Journ. III. 12. p. 316. July.

Brissaud et Gougerot, Névrite localisée avec troubles trophiques à la anite de coupure du pouce; névralgie ascendante. Revue neurol. XVI. 13. p. 645.

Brnns, L., Zur Frage d. idiopath. Form d. Meningitis spinalis serosa circumscripta. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

Cadwalader, Williams B., Acute anterior poliomyelitis. New York med. Record LXXIV. 12. p. 482. Sept.

Capelle, Ein neuer Beitrag zur Basedowthymus. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Caro, L., Blutbefunde b. Morbus Basedowii u. b. Thyreoidismus. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

Casselberry, W. E., Recurrent and abductor paralysis of the larynx. New York med. Record LXXIV. 8. p. 302. Aug.

Cassirer, Prognose u. Behandlung d. vasomotor. Neurosen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Chaillous, Paralysie traumatique, d'origine intracrânienne de la 4e. et 6e. paire. Ann. d'Oculist. CXL. 2. p. 127. Août.

Chavernac, Névrite optique double suite de varicelle. Ann. d'Oculist. CXL. 1. p. 52. Juillet.

Chiari, H., Zur Kenntniss der Pachymeningitis tuberculosa interna b. Meningitis tuberculosa. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 110.

Chotzen, F., Beitrag zur Beurtheilung d. differentialdiagnost. Verwerthbarkeit d. Lumbalpunktion. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 8. 9. p. 295. 329. April, Mai.

Clarke, J. Michell, On 3 cases of paraplegia. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Clowe, Charles F., Acute anterior poliomyelitis. Albany med. Ann. XXIX. 10. p. 799. Oct.

Congrès français des medecins aliénistes et neurologistes de la langue française, 3—8 Août. Gaz. des Hôp. 93. 94. — Revue neurol. XVI. 16. p. 829.

Cumston, Charles Greene, A case of facial paralysis with remarks on surgical treatment of this affection. Glasgow med. Journ. LXX. 4. p. 285. Oct.

Curschmann, Hans, Eine neue Chorea-Huntingtonfamilie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 293.

Curschmann, Hans, Zur Kenntniss d. Torticollis mentalis (hystericus). Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 3 u. 4. p. 352.

Dejerine-Klumpke, Paralysie radiculaire totale du plexus brachial avec phénomènes oculopupillaires, autopsiée, 36 jours après l'accident. Revue neurol. XVI. 13. p. 637.

Dolherm, La radiothérapie dans les affections médullaires. Gaz. des Hôp. 101.

Demicheri, Exophthalmie pulsatile par kyste hydatique intracrânien. Ann. d'Oculist. CXL. 2. p. 102. Août.

Dercum, F. X., Tabes associated with trophic changes suggesting acromegaly. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 8. p. 507. Aug.

Desplats, Hypertrophie segmentaire considérable du bras et de l'avant-bras avec dissociation syringomyélique des sensibilités. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 3. p. 200. Mai—Juin.

De Vries Reilingh, D., Over den invloed der oefeningstherapie volgens *Frenkel* op de geleidingssnelheid in het periphere centripetale neuron bij tabes dorsalis. Nederl. Weekbl. II. 9.

Discussion on the surgical treatment of infantile paralysis. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Discussion on the diagnosis of the intracranial complications of ear disease. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Dörrien, Ueber Lähmung d. Nervus suprascapularis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Donath, Julius, Ueber d. angebl. Befund von Cholin in d. Lumbalflussigkeit. Mit Bemerkungen von *Max Kauffmann*. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 20.

Donovan, John A., Headache and its cure. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 7. p. 310. Aug.

Down, Edwin A., Report of a case of myotonia. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 15. p. 473. Oct.

Emerson, Kendall, Acute poliomyelitis following tonsillitis. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 16. p. 500. Oct.

Endere, Lndwig, Ein Fall von Syringobulbie mit Sektionsbefund. Arch. f. klin. Med. XCIII. 5 u. 6. p. 608.

Enders, Ein Angiom in d. Brückengegend. Münchn. med. Wchnschr. LV. 31.

Erb, Wilhelm, Rückblick u. Ausblick auf d. Entwickelung u. d. Zuknnft d. deutschen Nervenpathologie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 1.

Erb, Wilhelm, Zur Syringomyelie u. Dystrophie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41. 42.

Eulenburg, A., Ueber Neurastheniebehandlung. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 8. p. 337.

Eulenburg. A., Zur diätet. u. pharmaceut. Epilepsiebehandlnng in d. ärztl. Privatpraxis. Med. Klin. IV. 32.

Evans, J. J. W., Observations on a case of *Huntington's* chorea. Lancet Sept. 26.

Feilchenfold, Wilhelm, Gehäufte Erkrankungen d. Nervensystems h. einer Hausepidemie von Diphtherie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Flesch, Jul., Syphilit. Spinalparalyse combinirt mit Muskelhypertrophie d. linken Wade. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 34.

Flesch, Jul., Verbale Alexie mit Hemiachromatopsie. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 43.

Forssner, Gunner, En efterundersökning efter 15—20år i 28 fall af chorea minor. Hygiea Festb. II. 37.

Forster, Edm., Ueber d. Verhalten d. Vorderhornganglienzellen b. progress. Muskeldystrophie. Charité-Ann. XXXII. p. 210.

Foster, Frank P., Apoplexy in the classification of diseases. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 14. p. 648. Oct.

Froehlich, Ueber d. Behandl. d. nervösen Unfallkranken. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 9. p. 408.

Fuchs, Alfred, Neurolog. Casuistik. Wien. klin. Wchnschr. LV. 33.

Gadelius, Broer, Hysteri och katatoni. Hygiea Festb. I. 17.

Galli, Giovanni, Künstl. Hyperämie d. Gehirns h. initialer Gehirnarteriosklerose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 31.

Geerts, J., 2 cas de maladie de *Friedreich*. Policlin. XVII. 17.

Gerber, P., Kehlkopfspiegel u. Nervenkrankheiten. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 40.

Gierlich, Zur Symptomatologie der Tumoren des Kleinhirns u. d. Kleinhirnbrückenwinkels. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42.

Goldflam, S., Ueber Abschwächung, bez. Aufhebung d. Zehen- u. Verkürzungsreflexes. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 20.

Goldstein, K., Intermittirendes Hinken eines Beines, eines Armes, der Sprach-, Augen- u. Kehlkopfmuskulatur. Intermittirendes Hinken oder Myasthenie? Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 16.

Goldstein, K., Zur Lehre von d. motor. Apraxie. Journ. f. Psychol. u. Neurol. VI. 6. p. 270.

Gordon, Alfred, Troubles vaso-moteurs et trophiques de l'hystérie. Revue neurol. XVI. 18. p. 945.

Gowers, William R., Das Grenzgebiet der Epilepsie: Ohnmachten, Vagusanfälle, Vertigo, Migräne, Schlafsymptome, u. ihre Behandlung. Uebersetzt von *Ludwig Schweiger*. Leipzig u. Wien 1909. Franz Deuticke. 8. IV u. 110 S. 3 Mk.

Groher, J., Zum erblichen Auftreten d. Basedow'schen Krankheit. Med. Klin. IV. 33.

Guerrini, G., Sur la fonction des muscles dégénérés. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 49. 57.

Gulick, Luther H., Neuromuscular coordinations having educational value. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 16. p. 732. Oct.

Gullan, A. Gerdon, Exophthalmic goitre. Lancet Sept. 5.

Hnrhitz, Francis, Om evulster i hypofysen och akromegali. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 8. s. 760.

Harris, Wilfred, On the treatment of the severer forms of headache. Brit. med. Journ. Aug. 8.

Harris, Wilfred, Diagnosis and electrical treatment of nerve injuries of the upper extremity. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Harrie, Wilfred, Ischaemic myositis and neuritis. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Hartogh jr., J. de, Een geval van gezwel der kleine hersenen. Nederl. Weekbl. II. 10. blz. 803.

Heller, Th., Aphasie im Kindesalter. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 19. p. 130.

Honschen, S. E., Fall af makulärt och perimakulärt hemianopiskt skotom efter et knifhugg i occipitalloben. Hygiea Festb. I. 9.

Henschon, Folke, Om acusticustumörer. Hygiea Festb. II. 44.

Herring, P. T., Changes in the pituitary body after removal of the thyroid. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Herz, Max, Die Zwerchfellhorzneurose (Phrenokardie). Wien. klin. Wchnschr. XXI. 41.

Hölker, Ueber Syringomyclie. Charité - Ann. XXXII. p. 47.

Hochhaus, H., Ueber Hirnerkrankungen mit tödtl. Ausgange ohne anatom. Befund. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Hunt, J. Ramsey, A further contribution to the herpetic inflammation of the geniculate ganglien. A syndrome characterized by herpes zoster oticus, facialis, or occipitocollaris with facial paley and auditory symptoms. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 2. p. 226. Aug.

Jansen, Wilhelm, Extraduralabscess mit Sprachstörungen bei Erwachsenen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XVII. 6.

Janssene, G., Iets over de beteekenis van plasmecellen bij het patho-histologisch onterzoek van het cerebrum. Psych. en neurol. Bl. 3. blz. 228.

Isserlin, Max, Die Erwartungsneurose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Jung, Ueber Zahnschmerzen, welche nicht durch kranke Zähne veranlasst sind. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 8. p. 561.

Kafka, Viktor, Zur Kenntniss d. Gesichtsfeldeinschränkungen von hemianop. Typus anf hyster. Grundlage. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 33.

Kahane, Max, Hysterie u. Hochfreqnenzströme, nebst Bemerkungen zur Pathogenese d. Hysterie. Med. Klin. IV. 43.

Kander, Kleinhirnbrückenwinkeltumor mit Ausfluss von Liquor cerebrospinalis aus d. Nase. Verh. d. Ver. südd. Laryngol. p. 29.

Karpas, Morris J., Report of a case of brain tumor with autopsy. New York med. Record LXXIV. 10. p. 397. Sept.

Kirchner, M., Ueber 2 Fälle von traumat. motor. Aphasie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. p. 94.

Kissingen, Philipp, Schwere Blutungen in das Gehirn nach Einathmung von Kohlendunst. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 9. p. 261.

Knauer, A., Ueber *Pel*'sche Augenkrisen u. einige seltenen Sensibilitätsstörungen b. Tabes dorsalis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Kooh, Herbert, Zur Kenntniss der akuten multiplen Sklerose. Wien. klin. Rundschau XXII. 34. 35.

Kocher, Theodor, Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowii mit Beiträgen zur Frühdiagnose u. Theorie d. Krankheit. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 131.

Körner, Analogien im klin. Verlaufe der Oculomotorius- u. Recurrenslähmungen. Verh. d. Ver. südd. Laryngol. p. 20.

Kollaritz, Jenö, Weitere Beiträge zur Kenntniss d. Torticollis mentalis (hystericus) mit einem Sektionsbefund. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 141.

Kühlmann, A., Beitrag zur Frage der Ammonshornveränderungen b. Epilepsie. Arch. f. Psych. u. Nervenhkde. XLIV. 3. p. 945.

Kupczyk, B., Bemerkung über d. Therapie d. angeb. Wortblindheit. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Lambrior, Al., Un cas de sclérose en plaques avec hypotonie. Revue neurol. XVI. 17. p. 906.

Lang, Artur, Ueber lancinirende Schmerzen im Bereich d. Kopfes b. Tabes dorsalis. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 42.

Laurent, Charles, Le priapisme. Gaz. des Hôp. 101.

Lechner, Karl, Einige Anhaltspunkte zur Behandlung der Schlaflosigkeit. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 40.

Lennmalm, F., Bidrag till kännadomen om tumörer i canda equina. Hygica Festh. I. 10.

Lépine, Jean, Neurasthénies et neurasthéniques. Lyon méd. CXI. p. 537. Oct. 4.

Lépine, Jean, Etude sur l'encéphalite subaiguë curable des tuberculeux. Revue de Méd. XVIII. 9. p. 820.

Lépine, Jean, Pathogénie des états neurasthéniques. Revue de Méd. XXVIII. 9. p. 853.

Lesser, Fritz, Tabes u. Paralyse im Lichte der neueren Syphilisforschung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

Lewandowsky, M., u. E. Stadelmann, Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Hirnblutung u. über Rechenstörungen b. Herderkrankungen d. Gehirns. Journ. f. Psychol. u. Neurol. VI. 6. p. 249.

Lewinski, Joh., Einseit. Zwerchfellparese bei totaler Plexuslähmung mit Sympathicusbetheiligung. Med. Klin. IV. 37.

Lewy, Fritz Heinrich, Ein ungewöhnl. Fall von Sprachstörung als Beitrag zur Lehre von der sogen. amnest. u. Leitungsaphasie. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 17. 18.

Libette, D., Traitement hydrothérapique dans les névrites et les névralgies. Presse med. belge LX. 27.

Liepmann, Relative Eupraxie b. Rechtsgelähmten. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Little, J. Flotcher, and T. J. Bokenham, On bulbarparalysis followed by progressive muscular atrophy. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Londen, D. M. van, Asymbolie tactile en stereoagnosie. Psych. en neurol. Bl. 3. blz. 217.

Long, Edouard, et Gustave Roussy, Etude des dégénérescences secondaires descendantes de la formation réticulée, chez l'homme, consécutives aux lésions en foyer de la calotte pédonculaire. Revue neurol. XVI. 15. p. 757.

Lovett, Robert W., The occurrence of infantile paralysis in Massachusetes in 1907. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 5. p. 13. Aug.

Lundborg, Herman, Ueber d. sogen. metatroph. Behandlungsmethode nach *Toulouse-Richet* gegen Epilepsie. Arch. f. Psych. u. Nervenhkde. XLIV. 3. p. 1107.

Mc Carthy, D. J., and Milton K. Meyers, Some anomalous and pathological conditions of the cerebral vascular system. Univer. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 7. p. 218. Sept.

Mc Cosh, Andrew J., Observations on the treatment of exophthalmic goitre. New York med. Record LXXIV. 12. p. 476. Sept.

Mainzer, Das *Westphal*'sche Zeichen b. Gesundon. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Marinesco, G., Contribution à l'étude de la myasthénie grave pseudo-paralytique. Semaine méd. XXVIII. 36.

Martens, M., u. W. Seiffer, Zur Pathologie der Kleinhirngeschwülste. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 32.

Maschke, Ueber 2 Fälle von multipler Encephalitis b. Moningokokken-Meningitis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 34.

Mattirolo, Contribution à l'étude du tabes rudimentaire associé aux affections de l'aorte. Revue neurol. XVI. 13. p. 648.

Mayr, E., Physik.-chem. Untersuchungen zur Physiologie u. Pathologie d. Rückenmarkes. Journ. f. Psychol. u. Neurol. VI. 6. p. 284.

Meijers, F. S., Een geval van spontane bloediug tusschen de ruggmergsvliezen tevens een bijdrage tot de klinische beteekuis der xantbochromie (geelkleuring) van het cerebrospinalvocht. Nederl. Weekbl. II. 11. blz. 858.

Mendel, Kurt, u. S. Adler, Zur Kenntniss der Meningitis serosa spinalis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 35.

Méry, H., et L. Ramhonneix, Un cas de chorée mortelle. Gaz. des Hôp. 106.

Mesdag, S. van, De dynamometrische kromme als hulpmiddel bij het vaststellen van verhoogde suggestibiliteit bij psychisch normale en abnormale personen en van simulatie. Nederl. Weekbl. II. 8.

Meyer, E., Die Behandl. d. Hysterie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Meyer, Semi, Corticale sensor. Aphasie mit erhaltenem Lesen. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 17.

Meyer, Semi, Aprakt. Agraphie b. einem Rechtshirner. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 18. p. 673. Sept.

Minet, Jean, et Etienne Verhaeghe, Paralysie saturnine du type brachial supérieur. Echo méd. du Nord XII. 33.

Mitchell, H. W., Posterior column degenerations following injury of the posterior roots of the seventh cervical nerves. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 9. p. 545. Sept.

Moritz, P., Neuere Arbeiten über Tabes dorsalis. Schmidt's Jahrbb. CCC. p. 113.

Moutier, François, L'aphasie. Gaz. des Hôp. 104.

Neri, Sur les caractères paradoxaux de la démarche chez les hystériques. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 3. p. 231. Mai—Juin.

Nenmann, E., Die Bedeutung d. *Waller*'schen Degeneration d. Nerven f. d. Neuronlehre. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 213.

Niessl von Moyendorf, Erwin, Zur Kenntniss d. gestörten Tiefenwahrnehmung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhhde. XXXV. 1 u. 2. p. 165.

Niessl von Meyendorf, E., Ueber die Lokalisation d. motor. Aphasie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 32.

Nikitin, M. P., Ueber d. *Bechterew*'schen Beugereflex d. Zehen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36.

Nonne, Max, Syphilis u. Nervensystem. Berlin 1909. S. Karger. Gr. 8. XVIII u. 699 S. mit 97 Abbild. im Text. 20 Mk.

Nonne u. Friind, Klin. u. anatom. Untersuchung von 6 Fällen von Pseudosystemerkrankungen d. Rückenmarkes. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 192.

Ohlemann, M., Zur Basedow'schen Krankheit. Münchn. med. Wchnschr. LV. 36.

Onodi, A., Ueber die rhinogenen Gehirncomplikationen. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 33.

Oppenheim, Gustav, Zur patholog. Anatomie d. multiplen Sklerose mit besond. Berücksicht. der Hirnrindenherde. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 19.

Panichi, Luigi, Beobachtungen über d. Tremor. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Pascheff, C., Sur une paralysie alterne particulière. Ophthalmoplégie sensitivo-motrice directe totale et hémiplégie motrice croisée d'origine traumatique. Ann. d'Oculist. CXL. 1. p. 184. Sept.

Pelz, A., Ein Beitrag zur Symptomatologie d. Paralysis agitans. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 15.

Pexa, W., Beitrag zur Ataxie im Kindesalter. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 32. 33. 34.

Pfahler, G. E., A summary of the results obtained by the x ray treatment of the exophthalmic goitre. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 17. p. 781. Oct.

Piloz, Alexandor, Beiträge zur Lehre von der conjugalen hereditären u. familiären Paralysis progressiva. Wien. med. Wchnschr. LVII. 32. 33. 34.

Plönies, W., Die Verminderung d. Gedächtnisses u. der geistigen Leistungen durch gastrogene Toxine mit besond. Berücksicht. d. Anämie u. Unterernährung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 74.

Poggio, P., Die cortikale Lokalisatiou d. Asymbolie. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 17.

Polk, Charles G., Epilepsy in private practice. New York med. Journ. LXXIV. 5. p. 186. Aug.

Price, George E., Diagnosis and treatment of cerebrospinal syphilis. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 8. p. 539. Aug.

Qneusel, F., Ueber Erscheinungen u. Grundlagen d. Worttaubheit. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 25.

Rahinowitsch, S. S., Beitrag zu d. Erkrankungen d. Conus medullaris. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 35.

Raimist, Zur Kenntniss dor Kleinhirntnmoren. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 16.

Redlich, Emil, Zur Kenntniss d. psych. Störnngen h. d. verschied. Meningitisformen. Deutsche med. Wchnschr. LVIII. 41. 42.

Rankin, Guthrie, On chorea. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Renaut, J., Sur un cas de rhumatisme cérébral au cours d' un érythème polymorphe. Lyon méd. CXI. p. 197. Août. 9.

Rhein, John H. W., A case of apraxia. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 10. p. 619. Oct.

Rheindorf, Papilläres Epitheliom d. 4. Ventrikels. Charité-Ann. XXXII. p. 294.

Ricca, Silvio, Due casi di morbo di *Parkinson* atipici in fratella e sorella. Rif. med. XXIV. 39.

Rice, Clarence C., Symptomatology of recurrent and abductor paralysis of the larynx. New York med. Record. LXXIV. 6. p. 220. Aug.

Riedel, Die Prognose d. Kropfoperation h. Morbus Basedowii. Deutsche med. Wchnschr. XXXXIV. 40.

Riech, Dio Gehirnsperrung, eine Schutzmassregel des Centralnervensystems. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 15. p. 561. Aug.

Rodiet, A.; P. Pansier et F. Cans, L'état du fond de l'oeil chez les épileptiques. Ann. méd.-psychol. 9. S. VIII. 2. p. 239. Sept.-Oct.

Rönne, Henning, Znr Entstehung d. conjugirten Deviation der Augen. Dentsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 18.

Rönne, Henning, Dissemineret Sklerose og retrohulbär Neuritis. Hosp.-Tid. 5. R. 1. 30.

Rolleston, J. D., Hemiplegia following scarlet fever. Review of Neurol. a. Psych. p. 530. Sept.

Rose, Felix, et Max Egger, Stéréoagnosie et asymbolie tactile. Semaine méd. XXVIII. 44.

Rosenherger, Beobachtung eines merkwürdigen Puls- u. Athemhildes nach Apoplexie. Med. Klin. IV. 39.

Rosenfeld, M., Psych. Störungen h. einer vasomotor. Neurose. Centr.-Bl. f. Norvenhkdo. u. Psych. N. F. XIX. 4.; Febr.

Rossi, Alfredo, Paralisi di Landry o polinevrite? Rif. med. XXIV. 35.

Rubin, J., Pneumokokken-Meningitis als mittelbare Spätfolge eines Schädelnnfalles. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Rudinger, Carl, Zur Aetiologie u. Pathogenese d. Tetanie. Ztschr f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 305.

Rystedt, G., Fall af s. k. akut sclérose en plaques. Hygiea Festh. I. 16.

Sack, N., Ein Fall von Kleinhirnabscess.. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 7.

Saiz, Giovanni, Beitrag zum Vorkommen n. zur Behandl. d. Tetanie. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 38.

Sala, G., Sur les faits qui se développent à la suite des hlessnres aseptiques du cerveau. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 79.

Savenazzi, Ezio, Sopra un caso di sindroma di *Jackson*. Rif. med. XXIV. 41.

Schacht, Eddy, Wirkung d. Klimas Aegyptens auf die Neurasthenie. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. n. Psych. N. F. XIX. 20. p. 751. Oct.

Schaffer, Philip A., Protein metabolism in exophthalmic goitre. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 1. p. 22.

Schley, Die Bedeutung der Sehnenerkrankungen im Frühstadium d. multiplen Sklerose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Schmiergold, A., Un cas d'agitation motrice forcée chez un dégénéré psychasthérique. Progrès méd. 3. S. XXIII. 33.

Schneider, G. E., et L. A. Vandenvre, Contribution à l'étude de la sérumtherapie des paralysies postdiphthériques. Progrès méd. 3. S. XXIII. 35.

Schofield, A. T., The psychology of neurasthenia and hysteria. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Schulz, Beitrag zur pathol. Anatomie der Chorea chronica progressiva (hereditarin *Huntingtons*). Charité-Ann. XXXII. p. 189.

Schwah, Max, Ein Beitrag znm hyster. Fieber. Mon.-Schr. f. Geburtsh. n. Gynäkol. XXVIII. 4. p. 414.

Schwarz, Gottwald, Die Röntgentherapie der Basedow'schen Krankheit. Wien. med. Wchnschr. XXI. 38.

Scripture, E. W., Treatmont of negligent speech hy the general practitioner. New York med. Record LXXIX. 7. p. 257. Aug.

Sicard, A., et Descompe, Syndrome de coagulation massive, de xanthochromie et d'hématolymphocytose dn liquide cephalo-rachidienne. Gaz. des Hôp. 120.

Siehold, Traumat. Lähmung des Halssympathicus. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

Siegert, F., Nervosität n. Ernährung im Kindesalter. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Snowman, J., The treatment of the neurasthenic patient. Folia therap. II. 4. p. 125.

Soprana, F., Contribution ultérienre à la connaissanoe de l'atrophie musculaire progressive consecutive à la lesion des canaux demi-circulaires. Arch. ital. de Biol. LIX. 2. p. 176.

Spielmeyer, W., Veränderungen des Nervensystems nach Stovainanästhesie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 31.

Spitzy, H., Zur Frage d. Behandl. von Lähmungen mittels Nervenplastik. Münchn. med. Wohnschr. LV. 27.

Steinhart, Irving D., Anterior poliomyelitis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 6. p. 252. Aug.

Stengel, Alfred, Some considerations of exophthalmic goitre from the medical standpoint. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 13. p. 512. Sept.

Stern, Richard, Differentialdiagnose n. Verlauf des Morbus Basedowii u. seiner unvollkommenen Formen. Leipzig n. Wien 1909. Franz Denticke. 8. 95 S. 2 Mk.

Stertz, Die Serodiagnostik in der Psychiatrie u. Nenrologie. Allgem. Ztschr. f. Psych. LXV. 4. p. 565.

Stockton, Charles G., and A. E. Woehnert, Complicating *Graves'* disease. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 4. 145. July.

Strohmayer, Wilh., Zur Kritik d. Feststellung u. d. Bewerthung psychoneurot. erhl. Belastung. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. V. 4. p. 478.

Tilman, Anatom. Befunde h. Epilepsie nach Trauma. Med. Klin. IV. 38.

Trotsenhnrg, J. A. van, Zeeziekte en haar voorkoming. Nederl. Weekhl. II. 5.

Uchermann, V., Otitische Gehirnleiden. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVII. 1 u. 2. p. 106.

Vaughan, George Tully, The uncertain results of suturing nerves. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 2. p. 201. Aug.

Digitized by Google

Versammlung d. südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 30. u. 31. Mai. Arch. f. Psych. u. Nervenhkde. XLIV. 3. p. 1185. — Berl. klin. Wchnschr. XL. 33—39.

Vincent, G., 2 cas de méningite chronique syphilitique. Revue neurol. XVI. 19. p. 1049.

Viollet, Marcol, Les états neurasthéniques et leur traitement. Bull. de Thér. CLVII. 8. 12. p. 297. 332. 366. 410. 461.

Vogt, Alfred, Hemianopsie bitemporalis, aufgetreten nach Ablauf einer Epilepsie. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 16.

Vogt, Heinrich, Epilepsie u. Schwachsinnzustände im Kindesalter. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 5 u. 6. 321.

Vollmar, Wilhelm, Beitrag zur Casnistik u. Aetiologie d. *Jackson*'schen Epilepsie. Wien. klin. Rundschau XXII. 44.

Vries Reiling, D. de, Verbesserung d. peripher., centripetalen Neurons b. Tabes dorsalis durch *Frenkel*'schen Uebungstherapie. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 8. p. 359.

Wagner, Ueber Temperatursteigerungen b. Tabes dorsalis. Charité-Ann. XXXII. p. 61.

Wanner, F., De l'hémihypertrophie faciale. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 9. p. 566. Sept.

Watson, Malcolm, The nervous symptoms produced by malaria. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Weyland, Louis, Ueber interparoxysmale transiter. Symptome der Epileptiker. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte. XXIV. 7. p. 156.

Westphal, A., Ueber d. Behandl. d. Krämpfe. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Weyl, B., Grosshirnbefunde bei hereditär syphil. Säuglingen. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 4. p. 414.

Williams, Edward, Ueber Facialislähmung nach Zahnextraktion. Wien. klin. Rundschau XXII. 31.

Williams, Tom A., The pathogenesis of tabes dorsalis. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 2. p. 206. Aug. — Lancet Sept. 19.

Wimmer, August, Meningitis basilaris occlusiva. Med. Klin. IV. 41.

Windscheid, 15 J. nach einem Unfalle auftretende hyster. Krampfanfälle als Unfallfolgen verneint. Ztschr. f. Versich.-Med. 3. p. 60.

Winkler u. Joohmann, Zur Kenntniss d. traumat. Rückenmarksaffektionen (Hämatomyelie, Myelorrhexis). Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXV. 3. u. 4. p. 222.

Wolff, Tabes u. Trauma. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 9. p. 279.

Wylie, Andrew, Cervical tumours simulating enlerged glands associated with leryngeal paralysis. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Wynter, Essex, Treatment of chorea. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Wyss, H. von, Meningitis oder Hysterie? Med. Klin. IV. 42.

Ziehen, Beziehungen zwischen angeb. Muskeldefekten, infantilem Kernschwund u. Dystrophie musculoris progress. infantilis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 34.

Zingerle, A. W., Ueber einen Fall von Hydrencephalocele frontalis. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLV. 1. p. 36.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Goldbaum, Prym, Rehm. IV. 2. *Infektiöse Meningitis,* v. d. Leilen, Moro, Reille, Todd; 3. Kirchheim; 4. Hammond, Herz; 5. Cheinisse, Dialto, Di Cristina, Urban, Weinstein; 6. Cushing; 9. *Akromegalie, Myxödem.* V. 2. a. *Chirurgie d. Nervensystems;* 2. b. *Chirurgie d. Rückenmarks.* VIII. Moon. IX. Abraham. X. Paunz, Treutler. XI. Menier. XIII. 2. Berkley, Gontermann, Lnniatschek, Örnm, Pepielski, Santesson, Taylor, Zingher. XIV. 1. Leuschner. XV. Sartorius. XVI. Risch.

9) *Constitutionskrankheiten und Krankheiten des Blutes.*

Adler, Max, u. R. Milchner, Untersuchungen d. Kothfettes in einem Falle von Pankreasdiabetes u. dessen Beeinflussnng durch Pankreon. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 32.

Alexander, Alfred, u. Rudolf Ehrmann, Untersuchungen über Pankreasdiabetes, bes. über d. Blut d. Vena pancreatico-duodenalis. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 367.

Allard, Ed., Ueber d. Beziehungen d. Umgebungstemperatur zur Zuckerausscheidung b. Pankreasdiabetes. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 u. 3. p. 111.

Allard, Ed., Die Acidose b. Pankreasdiabetes. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 388.

Anämie, perniciöse, Umfrage über d. Diagnose, Aetiologie u. Therapie. Med. Klin. IV. 41. 42. 43.

Arneth, Verschiebung d. neutrophilen Blutbildes. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 217.

Bachmann, E., Die klin. Verwerthung d. Viscositätsbestimmung (an Hand von 405 Bestimmungen). Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 409.

Baer, Julius, u. Léon Blum, Zur Wirkung d. Glutarsäure auf d. Phlorizindiabetes. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Baer, Julius, u. Léon Blum, Ueber d. Abbau von Fettsäure b. Diabetes mellitus. Arch. f. experm. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 321.

Barié, Ernest, Le volume du coeur chez les chlorotiques. Revue de Méd. XXVIII. 8. p. 665.

Beardsley, E. J. C., The resistence of diabetics to bacterial injections. Amer. Journ. of med. Sc. CXXXVI. 3. p. 361. Sept.

Benjamin, E., u. Th. Gött, Zur Frage d. akuten Leukämie. Folia haematol. VI. 2. p. 152.

Biondi, Cesare, Neue Beobachtungen über d. Erythrocyten in anäm. Zuständen. Folia haematol. VI. 3. p. 205.

Bloibtreu, Leopold, Ueber Beziehung von Fettgewebenekrosen u. Arteriosklerose zum Diabetes mellitus. Arch. f. Physiol. CXXIV. 1 u. 2. p. 52.

Bleihtreu, Leopold, Ein Beitrag zur Lehre von d. Entstehung d. Diabetes mellitus. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Blumenthal, Ferdinand, Ueber neuere Forschungen auf d. Diabetesgebiete. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43.

Borchardt, L., Die Hypophysenglykosurie u. ihre Bezieh. zum Diabetes b. d. Akromegalie. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 3 u. 4. p. 332.

Brugsch, Theodor, u. Alfred Schittenhelm, Das Verhalten verfütterter Purinbasen b. d. Gicht. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 215.

Brugsch, Theodor, u. Alfred Schittenhelm, Zur Kenntniss d. Gicht. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 496.

Claude, H., et H. Gougerot, Les syndromes d'insuffisance pluriglandulaire. Revue de Méd. XXVIII. 10. p. 861.

Coolidge, Emelyn L., Status lymphaticus. Bull. of the Lying. in Hosp. of N. Y. IV. 4. p. 149.

Cordier, E., Forme grave de rachitisme chez un enfant de 2 ans. Presse méd. belge LX. 28.

Croftan, Alfred C., A note on conjugal diabetes. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 4. p. 162. July.

Czernecki, Wincenty, Hämoglobinurie u. Hämolyse. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 42.

Discussion on lymphatic diseases in the tropics. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Discussion on the causation and treatmeut of scurvy, especially infantile scurvy. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Eason, John, Mechanical and orthostatic purpura. Edinb. med. Journ. N. S. I. 2. p. 121. Aug.

Ebstein, Wilhelm, Ueber d. Vorkommen rhachit. Skelettveränderungen im Alterthum u. Mittelalter. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 519.

Ebstein, Wilhelm, Die Stellung d. Vertrauensarztes einer Unfall- oder Lebensversicherung h. d. Frage, ob ein Zuckerkranker bei ihr Aufnahme finden dürfe. Ztschr. f. Versich.-Med. I. 4. p. 73.

Eccles, R. G., Darwinism and diabetes. New York med. Record LXXIV. 6. p. 213. Aug.

Elmer, Warren P., Leukanaemia. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 3. p. 400. Sept.

Erben, Franz, Notiz zur Therapie d. Diabetes mellitus. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 36.

Erben, Franz, Die chem. Zusammensetzung d. leukäm. Blutes. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 3 u. 4. p. 278.

Esau, Paul, Experiment. Untersuchungen über d. Phloridzindiabetes. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 212.

Falkenstein, Zur Behandl. d. Gicht. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36.

Fraenkel, Manfred, Die Bedeutung d. *Langerhans*'schen Inseln in ihrer Stellung zum übrigen Pankreasgewebe u. ihre Bezieh. zum Diabetes. [Würzb. Abhandl. VIII. 11.] Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). Gr. 8. 26 S. 85 Pf.

Fronchini, Ginseppe, Beitrag zum chem. u. histolog. Studium d. Blutes b. Akromegalie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36.

Frugoni, Cesare, Adrenalin-Glykosurie u. ihre Beeinflussung durch d. Extrakt u. d. Saft d. Pankreas. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 35.

Frugoni, C., u. G. Marchetti, Beitrag zum Studium d. diabet. Lipämie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 41.

Geelmwyden, H. Chr., Lären om acetonuri og acidose. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 8. s. 737.

Goodall, J. Strickland, and H. G. Earle, Pancreatic juice and glycosuria. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Grafe, E., u. Leo Müller, Beiträge zur Kenntniss d. paroxysmalen Hämoglobinurie. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 u. 3. p. 97.

Hart, Karl, Thymushyperplasie b. Morbus Addisonii. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 31.

Hartman, William, A case of hyperthyreoidism. Brit. med. Journ. Aug. 29. p. 599.

Hawthorne, C. O., On the cerebral and ocular complications of anaemia and the probable relationship of these to thromboses. Lancet Sept. 19.

Hecker, Blutbefunde b. periodischer Acetonämie grösserer Kinder. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Herz, Albert, Ein Fall von erworbenem Myxödem. Wien. klin. Wchnschr. LVIII. 38.

Herz, Albert, Zur Kenntniss d. aplast. Anämie. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 39.

Hirsch, Max, Zur diätet. u. physikal. Behandl. d. Gicht. Med. Klin. IV. 32.

Hirsch, Rahel, Schilddrüse u. Glykosurie. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 233.

Hirschfeld, Hans, Die neueren Anschauungen über normale u. pathol. Blutregeneration u. ihre Bedeutung f. d. Therapie d. Blutkrankheiten. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 8. p. 371.

Hirschfeld, Hans, Neuere Arbeiten zur Frage d. Uebertragbarkeit von Blutkrankheiten. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 10. p. 461.

Hunaeus, G., Beitrag zur Behandl. d. Anämie im Kindesalter. Therap. Monatsh. XXII. 9. p. 466.

Johannson, L., u. O. Moritz, Ein Fall von Chloroleukämie. Folia haematol. VI. 3. p. 243.

Josefson, A., och Alma Sundquist, Ett fall af ahnorm tillväxt i förening med bristfällig utveckling af genitalia. Hygiea Festb. II. 39.

Kaufmann, C., Der Funktionsausfall d. linken M. sacrospinalis als Unfallfolge. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 3. p. 235.

Kisch jnn., Franz, Fettleibigkeit u. Herzschwäche. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 32.

Kraus, F., Ein Fall von grosszelligor lymphat. Leukämie. Charité-Ann. XXXII. p. 34.

Lahhé, Marcel, Diabète et tuberculose. Gaz. des Hôp. 86.

Lango, Cornelia de, en P. G. J. Duker, Bijdrage tot de haematologie en histologie van de echte pseudoleucämi (*Cohnheim-Pinkus*). Nederl. Weekbl. II. 13.

Laumonier, J., L'arthritisme par auralimentation. Bull. de Thér. CLVI. 13. p. 487. Oct. 8.

Lavenson, R. S., Acute lymphopenic lymphatic leukaemia. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. XI. 6 a. 7. p. 161. — Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 5. p. 178. July.

Leopold, S., Osseous plaques of the pia-arachnoid and their relation to pain in acromegaly. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 9. p. 552. Sept.

Levy, J. Harris, A case of splenic atraemia. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 15. p. 693. Oct.

Lützow, E., Ueber d. Einfluss von diurot. wirkenden Mitteln auf das Zustandekommen der alimentären Glykosurie. Wien. klin. Rundschau XXII. 32. 33.

Luzzatto, Riccardo, Ricerche in un caso di pentosoria cronica. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 366.

Mc Guigan, Hugh, On glycosuria. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 109.

Mooleod, J. J. R., Experimental glycosuria. Proceed. of the Amer. Soc. of biol. Chem. I. 3. p. 112.

Martin, Karl Bernold, Blutarmuth u. Bleichsucht. Weseo, Ursache u. Behandlung. München. Verl. d. ärztl. Rundschou (Otto Gmelin). 8. 50 S. 1 Mk. 40 Pf.

Masing, Ernst, Zur Leukanämiefrage. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 3 u. 4. p. 377.

Moller, S., Polycythämie u. Blutdruck. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43.

Morawitz, P., u. J. Pratt, Einige Beobachtungen b. experimentellen Anämien. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Morawitz, P., u. J. Lossen, Ueber Hämophilie. Deutsches Arch. f. klin. Med. XCIV. 1 u. 2. p. 110.

Morawitz, P., u. R. Sieheck, Untersuchungen über d. Blutmenge b. Anämien. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 364.

Morichau-Beanmont, La restriction des albuminoïdes dans le régime des diabétiques. Progrès méd. 3. S. XXIII. 43.

Morris, Henry, The treatment of inoperable cancer. Lancet Oct. 3.

Mouisset, F., et G. Petitjean, Anémies graves. Lyon méd. CXI. p. 361. 409. 449. Sept. 6. 13. 20.

Nicolaysen, Lyder, Lacto-vegetabilsk diät ved perniciös anämi. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 10. s. 949.

Offergeld, Heinrich, Zuckerkrankheit u. Schwangerschaft in ihren Wechselbeziehungen. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 160.

Pancoast, Henry K., The treatment of leukaemia by means of the Roentgen rays. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 8. p. 533. Aug.

Pfannenstill, S. A., Om polycytemi. Hygiea 2. F. VIII. 7. s. 716.

Pflügor, Eduard, Ueber d. durch Resektion d. Duodenums bedingten Glykosurien. Arch. f. Physiol. CXXIV. 1 u. 2. p. 1.

Pflüger, Eduard, Die Aufklärungen, welche *Errico De Renzi* u. *Enrico Reale* soeben (Aug. 1908) über ihre, d. Duodenaldiabetes betr. Versuche gegeben haben. Arch. f. Physiol. CXXIV. 11 u. 12. p. 529.

Pflüger, Eduard, Ueber Parahiose u. Pankreasdiabetes. Arch. f. Physiol. CXXIV. 11 u. 12. p. 633.

Digitized by Google

Rehn, Eduard, Atyp. Leukämie mit ausschliessl. Betheiligung d. extramedullären hämatopoët. Systems. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XLV. 1. p. 177.

Reicher, K., Aetiologie u. therapeut. Versuche b. perniciöser Anämie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 41. 42.

Roberts, W. Humes, The status lymphaticus. Calif. State Journ. of Med. VI. 8. p. 265. Aug.

Rogers, Edmund A., Chlorosis with thrombosis of the subclavian vein. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 12. p. 374. Sept.

Rossi, L. M., The influence of the suprarenal glands on the bony skeleton in relation to osteomalacia and rickets. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Rouhinovitch, Jacques, Sur un cas d'acromégalie avec épilepsie et psychose maniaque dépressive. Gaz. des Hôp. 89.

Sato, T., u. E. Nambu, Zur Pathologie u. Anatomie d. Scorbuts. Virchow's Arch. CXCIV. 1. p. 151.

Schelble, Hans, Znr Anämie im frühen Kindesalter. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 4. p. 410.

Seo, Y., Ueber d. Einfluss d. Muskelarbeit auf d. Zuckerausscheidung b. Pankreasdiabetes. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 341.

Soltmann, Otto, Die Behandl. d. Scrofulose. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 35.

Starkenstein, Emil, Ueber Inositurie u. d. physiol. Bedeutung d. Inosits. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 373.

Stumme, Emil, Akromegalie u. Hypophyse. Arch. f. klin. Chir. CXXXVII. 2. p. 437.

Tangl, Franz, Zur Kenntniss d. respirator. Gaswechsels b. Polycythämie. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 341.

Tria, Pietro, La levulosuria alimentare. Rif. med. XXIV. 32.

Turner, G. A., Some causes of the gland enlargment in South Afrika. Transvaal med. Journ. III. 12. p. 306. July.

Velden, F. von den, Zusammenhänge von Arthritismus u. Schwindsucht. Ztschr. f. Versich.-Med. I. 2. p. 41.

Visentini, Arrigo, Zur Frage d. Duodenalglykosurie. Med. Klin. IV. 42.

Vorechütz, Röntgenolog. u. Klin. zum Bilde d. Akromegalie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. p. 371.

Waterhouse, Rupert, An unusual type of leukaemia complicated by synovitis in a youth the subject of ichthyosis. Lancet Sept. 19.

Wechselmann, Wilh., u. Hans Hirschfeld, Ueber einen Fall akuter myeloider makrolymphocytöser Leukämie mit eigenthüml. Zelleinschlüssen. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 3 u. 4. p. 349.

Weinstein, J. W., Dr. *Beard's* theory in the crucible of test. An experimental study of the trypsin treatment of cancer. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 9. p. 400. Aug.

Weiss, Paul, Beiträge zur Werthbestimmung d. Ausscheidung d. endogenen u. exogenen Harnsäure b. Gicht u. anderen Erkrankungen. Ztschr. f. klin. Med. LXVI. 1 u. 2. p. 131.

Westenrijk, N. v., Ein Beitrag zur Frage der Haferkur. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 36.

Wick, L., Ueber d. *Heberden*'schen Knoten. Beibl. zu d. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 5. p. 118. — Wien. med. Wchnschr. LVII. 31. 32.

Wieland, E., Klin. Untersuchungen über Frührhachitis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Wilenko, G. G., Zur Kenntniss d. Glutarsäurewirkung auf d. Phlorizindiabetes. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

Wilenko, G. G., Glutarsäure u. Phlorizindiabetes. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Wohlgemuth, Julius, Ueber d. Sekretion von Pankreasfisteln u. ihre Beeinflussung durch d. antidiabet. Diät. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Zieglnr, Kurt, Ueber d. Beziehung zwischen myeloider Umwandlung u. myeloider Leukämie u. d. Bedeutung d. grossen mononucleären, ungranulirten Zelle. Folia haematol. VI. 2. p. 113.

Zuelzor, G., Ueber Versuche einer specif. Fermenttherapie d. Diabetes. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 307.

Zuelzer, G.; Max Dohrn u. Anton Marxer, Neuere Untersuchungen über die experim. Diabetes. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

S. a. I. *Chem. Untersuchungen.* II. Ferrata. IV. 5. Kingsford; 8. Dercum. V. 2. e. Eising. VIII. Arnn, Brugsch, Gorton, Lnukonen, Metler, Pfannenstiel. IX. Lsignel. X. Oishi. XI. Meyer. XIII. 3. Neumann. XIV. 2. Jacob.

10) *Hautkrankheiten.*

Abe, Nakas, Zur Aetiologie d. Impetigo contagiosa. Arch. f. Hyg. LXVII. 4. p. 367.

Adamson, H. G., 2 cases of multiple rodent ulcer. Lancet Oct. 17.

Ballantyne, Arthur J., Multiple telcangiectases. Glasgow med. Journ. LXX. 4. p. 256. Oct.

Beck, S., Ueber Urticaria haemorrhagica. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 8. p. 393.

Beero, Nathan T., A dermatitis due to irritating effect of metol. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 11. p. 506. Sept.

Berner, O., Subkutem fedtvävsnekrose. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 10. s. 977.

Blnmenthal, Franz, u. August Halle, Verhandl. d. X. Congr. d. deutschen dermatolog. Ges. vom 8.—10. Juni 1908 zu Frankfurt a. M. Dermatol. Ztschr. XV. 8. p. 505.

Bneck, C., Bidrag til en ogsaa i den almindelige private praksis lettere gjennemförbar lnpusbehandling. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 9. s. 833.

Brault, J., Les formes cliniques de la maladie de Madura. Gaz. des Hôp. 97.

Brüning, W., Jahresber. über d. Thätigkeit d. Universitätspoliklinik f. Hant- u. Geschlechtskrankheiten. Charité-Ann. XXXII. p. 489.

Bnnch, J. L., Bullous eruptions in children. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Chajes, Bénno, Ueber Mikrosporinerkrankung d. behaarten Kopfhant. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 32.

Du Bois, Charlos, La dermite due à chenille processionnaire. Revue méd. de la Snisse rom. XXVIII. 10. p. 632. Oct.

Eddowes, Alfred, Isolation of the *Klebs-Loeffler* bacillus in eczematous and bullous eruptions. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Ehrmann, S., u. S. Reines, Znr Frage d. Lupus erythematodes u. d. Tuberkulide überhaupt. Med. Klin. IV. 34.

Fabinyi, Rudolf, Zur patholog. Anatomie d. Pellagra. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 4. p. 657.

Fshry, Joh., Zur Frage d. Hauttuberkulide. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 163.

Feldstein, Zama, The aetiology and treatment of eczema. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 8. p. 360. Aug.

Flesch, Julius, Sklerodermie. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 19. p. 120.

Forehhammer, Holger, Ueber Lungentuberkulose als Todesursache b. Lupus vulgaris. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 3.

Galewsky, E., Ueber Trichonodosis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. CXI. 2 u. 3. p. 225.

Gallois, Traitement de la furonculose. Bull. de Thér. CLVI. 6. p. 221. Août 15.

Garceau, Alexander, A case of mycosis fungoides. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Gardiner, Frederic, Occupation dermatitis. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Gavazzeni, G. Alessandro, Trichohyalin. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 5. p. 229.

Gougerot, H., et G., Larochc, Réproduction expérimentale des tuberculides cutanées non folliculaires histologiquement atypiques. Arch. de Méd. expérim. XX. 5. p. 581. Sept.

Hall, J. N., Erythema multiforme with visceral lesions. Boston med. a. surg. Jonrn. CLIX. 10. p. 305. Sept.

Hall-Edwards, John F., Further notes on x-ray dermatitis and its prevention. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Halle, August, Diagnose u. Therapie d. Pityriasis rubra. Therap. Monatsh. XXII. 8. p. 391.

Heller, Julius, Zur Casuistik seltener Nagelerkrankungen. Troph. Nagelerkrankung nach Erfrierung oder Raynaud'scher Krankheit. Dermatol. Ztschr. XV. 10. p. 630.

Herbert, H., Filtoring cicatrices by two methods. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Hope et French, Oedème persistant héréditaire avec exacerbations aiguës. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 3. p. 177. Mai—Juin.

Huebschmann, Paul, Ueber Ichthyosis congenita. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 500.

Jacobäus, H. C., Fall af lepra anaesthetica. Hygiea Festb. I. 15.

Jamieson, W. Allan, On itching, its causes and treatment. Lancet Sept. 26.

Jones, H. Lewis, The treatment of skin diseases by electrolytic medication. Brit. med. Journ. Oct. 17.

Joseph, Max, On eczema in children. Folia therap. II. 4. p. 111.

Kanoky, J. Phillip. Lupus erythematosus. New York med. Record LXXIV. 11. p. 444. Sept.

Kingsbury. Jerome, Case of lepra tuberosa. New York a. Philad. med. Jonrn. LXXXVIII. 16. p. 742. Oct.

Kopytowski, W., Beitrag znr patholog. Anatomie der durch Resorcinwirkung auf gesunder Haut veranlassten Veränderungen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 111.

Kreibich, C., u. Alfred Kraus, Beiträge zur Kenntniss d. *Boeck*'schen benignen Miliarlupoid. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 173.

Low, R. Crawstock, Ring worm and favus. Edinb. med. Journ. N. S. I. 2. p. 140. Aug.

Löhe, H., Ueber einen Fall von herpetiformem gonorrhoischen Exanthem. Dermatol. Ztschr. XV. 8. p. 475.

Magnus, Wilhelm, Albinisme i Norge. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 9. Forh. s. 110.

Meirowsky, E., Ueber Pigmentbildung in vom Körper losgelöster Haut. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 137.

Morelle; A., Le traitement des épithéliomes cutanés. Presse méd. belge LX. 29. 32.

Müller, O., Ueber einen Fall von metastat. Hautkrebsen, mit Bemerkungen über d. Röntgenwirkung auf carcinöses Gewebe. Dermatol. Ztschr. XV. 9. p. 565.

Neisser, Ueber d. Bedeutung d. Lupuskrankheit u. d. Nothwendigkeit ihrer Bekämpfung. Leipzig. Dr. Werner Klinkhardt. 8. 16 S. mit 4 Tafeln. 60 Pf.

Nicolas, J., et A. Jambon, Contribution à l'étude de la pellagre et du syndrôme pellagreux. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IX. 7—9. p. 385. 480.

Noiré, H., A method of treatment of hypertrichosis by the x rays. Brit. med. Jonrn. Oct. 24.

Pellier, Modifications histologiques engendrées dans des altérations cutanées par une pyrexie intercurrente (dermatite polymorphe donlonreuse et pneumonie). Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IX. 7. p. 433.

Petges, G., et H. Bichelonne, Septicémie à bacille pyocyanique et pemphigus bullenx chronique vrai. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IX. 7. p. 417.

Pinkus, Georg, u. P. G. Unna, Ueber Gleitpuder in d. Dermatologie. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 7. p. 341.

Preis, Karl, Säurefeste Bacillen in 2 Fällen von Perifolliculitis agnimata snppurativa. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 205.

Reitmann, Karl, Ueber d. teleangiektat. Granulom *Küttner*. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 185.

Ridlon, B. D., A case of pustular acne treated with staphylococcus vaccine. Boston med. a. surg. Jonrn. CLIX. 4. p. 110. July.

Roberts, Loslie, Diseases of the domesticated animals communicable to man. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Sabourand, R., The dermatomycosis common to man and animals. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Sakurane, K., Eine innerl. Behandl. d. Molluscum contagiosum. Dermatol. Ztschr. XV. 8. p. 503.

Schlesinger, Hermann, Generalisirte Sklerodermie u. Hautpigmentirung. Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 19. p. 116.

Schmidt, H. E., Casuist. Beitrag zur Röntgentherapie d. Cancroide u. d. Carcinome. Dermatol. Ztschr. XV. 8. p. 481.

Schütz, Josef, Beiträge zur Kenntniss d. Lichen ruber. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 231.

Shufflenbotham, Frank, Industrial dermatites. Brit. med. Jonrn. Aug. 22.

Sowiński, Zdzislaw, Zur Pathologie d. Pityriasis rubra pilaris. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 303.

Spiethoff, Bodo, Ein Fall von Erythrodermie b. Drüsen- u. Knochentumoren. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 265.

Stockmann, Wilh., Ueber Hidrocystoma tuberosum multiplex. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 145.

Sutton, R. T., Impetigo contagiosa. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 5. p. 212. Aug.

Sutton, R. L., The treatment of eczema. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 10. p. 306. Sept.

Tièche, M., Ein Fall von multiplen diphther. Ulcerationen d. Haut nach Pemphigus neonatorum, resp. infantilis. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 15.

Tièche, Zur Kenntniss d. Maculae coeruleae. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 321.

Tomkinson, J. Goodwin, Treatment of Lupus vulgaris by unmodified sun rays. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Trebitsch, Rudolf, Dermatolog. Beobachtungen aus Westgrönland. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 205.

Ullmann, K., Physikal. Therapie d. Hautkrankheiten. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. 198 S. mit 57 Textabbild. 4 Mk. 60 Pf.

Unna, P. G., Ein Fall von *Darier's* Krankheit. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 14. p. 237.

Veit, Der nicht verhornende Plattonepithelkrebs d. äusseren Haut. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. p. 346.

Vignolo-Lutati, Carl, Ueber d. Granuloma trichophyticum Majocchi. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 4. p. 184.

Vignolo-Lutati, Carlo, Beitrag „über" die Pathogenese d. sogen. reinen Pruritus (Pruritus cutaneus pareus). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 217.

Wechselmann u. Georg Meier, *Wassermann*'sche Reaktion in einem Falle von Lepra. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Walker, H. F. B., Infective warts. Brit. med. Journ. Oct. 10. p. 1104.

Wichmann, Paul, Die Behandlung d. Lupus. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 434.

Zieler, Karl, Experiment. Untersuchungen über

Digitized by Google

tuberkulöse Veränderung an d. Haut ohne Mitwirkung von Tuberkelbacillen (toxische Tuberkulosen) u. d. Bedingungen ihres Entstehens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Zinsser, Ferd., Zur Röntgentherapie der Hautkrankheiten. Med. Klin. IV. 38.

Zollikofer, R., u. O. Wenner, Ueber eine St. Galler Mikrosporie-Epidemie. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 17.

S. a. I. Golodetz. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bloomfield, Krompecher, Tièche. V. 2. Duncan, Gray. VIII. Blattner, Esch, Henneborg, King, Mendelsson.

11) *Venerische Krankheiten.*

Almkirst, Johan, Om behandling af de mjuka chancresåret och dess lymfkörtelkomplikatinar. Hygiea Festb. I. 13.

Bauer, J., Das *Colles*'sche u. *Profeta*'sche Gesetz im Lichte der modernen Serumforschung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 36.

Bendig, Paul, Zur Behandl. d. Arthritis gonorrhoica. Med. Klin. IV. 34.

Blaschko, A., Die Bedeutung d. Serodiagnostik d. Syphilis f. d. Praxis. Med. Klin. IV. 31.

Boehme, Ueber Gonorrhöe. Schmidt's Jahrbb. CCC. p. 43.

Boschi, Gaetano, Una intressante sindromo nervose della sifilide secondaria. Rif. med. XXIV. 33.

Brault, J., La syphilis en Algérie. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 20. p. 647.

Bruck, Carl, Die Serodiagnostik d. Syphilis nach *Wassermann, Neisser* u. *Bruck.* Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 337.

Calcar, H. P. van, en Ch. A. Götte, Gonorrhoe en specificiteit. Nederl. Weekbl. II. 11.

Campana; Roberto, Una propagina della sierodiagnosi nella sifilide. Rif. med. XXIV. 34.

Czaplewski, E., Zur Diagnose d. Gonokokken. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 299.

Dammert, F., Ueber intermittirendes Fieber b. tertiärer visceraler (speciell Leber-) Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 35.

Dann, Richard, Ueber specif. Lungenerkrankungen während d. Frühperiode d. Syphilis. Dermatol. Ztschr. XV. 9. p. 539.

Defino, Giacomo, Un caso di forma bollosa recidivante in individuo sifilitico, guarito con cura specifica. Rif. med. XXIV. 37.

Forchheimer, Frederic, Some aspects of gonorrhoea. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 6. p. 161. Aug.

Friedländer, Martin, The modern treatment of syphilis. Fol. therap. VI. 3. p. 89.

Gellé, E., et J. Leclercq, La pancréas dans la syphilis héréditaire. Echo méd. du Nord XII. 44.

Goldberg, Diverticulum magnum nrethrae; Gonorrhoea acuta. Ztschr. f. Urol. II.

Goldstein, Oskar, Welche Bedeutung hat d. Serumdiagnostik d. Syphilis im gegenwärt. Stadium f. d. Praktiker? Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 32.

Gräfenberg, Ernst, Ueber d. Zusammenhang angeb. Missbildungen mit d. congenitalen Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Grosz, Siegfried, u. Richard Volk, Weitere serodiagnost. Untersuchungen d. Syphilis. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 44.

Haedicke, Georg, Beitrag zur Frage d. internen Syphilistherapie unter besond. Berücksicht. d. Morgals. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 34. 35.

Hamm, A., Ein Fall von Gonohämie b. Nougeberenen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 270.

Hill-Aitken, Chas. J., Late manifestations of congenital syphilis. Transact. med. Journ. III. 12. p. 310. July.

Hinrichs, Willy, Der serolog. Luesnachweis mit d. *Bauer*'schen Modifikation d. *Wassermann*'schen Reaktion. Med. Klin. IV. 35.

Hochsinger, Karl, 20jähr. Dauerbeobachtung eines Falles von angeb. Syphilis (paroxysmale Hämoglobinnrie; Aortitis; Infantilismus; Tabes). Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. 14 S.

Hoehne, Fritz, Ueber d. Verwendung von Urin zur *Wassermann*'schen Syphilisreaktion. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 32.

Hoffmann, E. u. H. Löhe, Allgem. disseminirte Hautsyphilide b. niederen Affen nach Impfung in d. Hoden. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 41.

Jessner, S., Diagnose u. Therapie d. Gonorrhöe b. Mnnn (Dr. *J.'s* dermatol. Vortr. Heft 19 u. 20). Würzbnrg 1909. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.) 8. 164 S. 3 Mk.

Jenssen, Fr., Ein Beitrag zur Behandl. d. Inguinalbubonen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 97.

Jochmann u. Toopfer, Zur Frage d. Specificität d. Complementbindungsmethode b. d. Syphilis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Jordan, Arthur, Ueber d. Syphilis d. Franen u. d. Familien. Dermatol. Ztschr. XV. 9. p. 560.

Kappis, A., Ostitis gummosa mit Spontanfraktur b. Syphilis hereditaria tarda. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. n. s. w. VI. p. 291.

Knoepfelmacher, W., u. H. Lehndorff, Complementfixation b. Müttern heredosyphilit. Säuglinge. Med. Klin. IV. 31.

Köhler, Was leistet gegenwärtig d. innere Behandl. d. Syphilis? Fortschr. f. Med. XXVI. 28. p. 885.

Kromayer and Levett, The internal treatment of gonorrboeal cyclitis. Fol. Ther. II. 3. p. 81.

Ledermann, Reinhold, Ueber d. prakt. Werth d. Serodiagnostik b. Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41.

Maslakowetz, P. P., u. J. J. Liebermann, Theorie u. Technik d. Reaktion von *Wassermann* u. d. diagnost. Bedeutung derselben. Centr.-Bl. f. Bakteriol. n. s. w. XLVII. 3.

Merzbach, Georg, Syphilis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 7. p. 300. Aug.

Milian, Syphilis et accidents du travail. Progrès méd. 3. S. XXIII. 40.

Mračeк, Franz, Atlas d. Syphilis u. d. venor. Krankheiten mit einem Grundriss d. Pathologie u. Therapie derselben. [Lehmann's med. Handatlanten. Bd. VI.] München. J. F. Lehmann. 8. XII. 175 u. 218 S. mit 84 farb. Tafeln u. 26 schwarzon Abbildungen. 16 Mk.

Mummery, H. Howard, Prophylaxis applied to veuereal disease in the navy afloat. Brit. med. Journ. Aug. 5.

Neisser, A., Syphilis with special reference to experimental work on the subject. Brit. med. Jonrn. Oct. 10.

Neugass, Ein Fall von syphilit. Primäraffekt d. Nasenschcidewand. Verb. d. Ver. deutscher Laryngol. p. 56.

Pariser, Curt, 2 Fälle von Leberlues mit langdauerndem Fieber. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 35.

Peterkin, G. S., When is gonorrhoea cured? Calif. State Journ. of Med. VI. 9. p. 303. Sept.

Plaut, F., Serodiagnostik d. Syphilis. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 8. p. 289. April.

Pöhlmann, A., Zur internen Therapie d. Syphilis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Porosz, Moritz, Die Ursachen d. Penisödems b. akuter Blennorrhöe. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 141.

Raviart, G.; Breton, G. Petit; Gayet et Camsac, Reaktion de *Wassermann* et alienation mentale. Echo méd. du Nord XII. 40.

Rissom, Ein Fall von fortgeleiteter Thrombose d. Vena cava, insbes. in Folge syphilit. Phlebitis d. Vena saphena sinistra. Charité-Ann. XXXII. p. 476.

Robin, Albert, Traitement du rhumatisme blennorrhagique. Bull. de Thér. CLVI. 14. 15. p. 518. 567. Oct. 15. 23.

Rousset, La syphilis expérimentale de l'oeil du lapin. Progrès méd. 3. S. XXIII. 31.

Smith, G. Elliot, The alleged discovery of syphilis in prehistoric Egyptians. Lancet Aug. 22.

Spencer, J. C., When is gonorrhoea cured? Calif. State Journ. of Med. VI. 9. p. 301. Sept.

Storn, M., Zur Technik d. Serodiagnostik d. Syphilis. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 32.

Svanda, A., Ueber d. *Bier*'sche Stauungs- u. Saugbehandlung in d. Venereologie. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 37. 38.

Taege, Karl, Die Technik d. *Wassermann-Neisser-Bruck*'schen Serodiagnostik d. Syphilis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Thomns, John D., Gonorrhoeal septicemia. New York med. Record LXXIV. 16. p. 668. Oct.

Titus, Edward C., An improved treatment of gonorrhoeal arthritis. New York med. Record LXXIV. 4. p. 143. July.

Ullmann, K., Physikal. Therapie d. Geschlechtskrankheiten. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. 217 S. mit 61 Textabbild. 5 Mk.

Volk, Richard, Die Injektionstherapie d. Syphilis. Dermatol. Ztschr. XV. 10. p. 603.

Waterhonse, Rupert, Remarks on the arthropathies of acquired syphilis. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Watson, Harry G., Syphilis communicated in assault and battery. New York a. Philad. and Journ. LXXXVIII. 5. p. 204. Aug.

Wechselmann, W., On the treatment of syphilis. Folia therap. II. 4. p. 122.

Welander, Edvard, Några ord om de veneriska sjukdomerans bekämpning. Hygiea Festber. I. 13.

Wiman, A., Om experimentoll syfilis hos kanin. Hygiea Festber. II. 47.

S. a. IV. 1. Nobl; 2. Halberstaedter; Brandonburg, Dsnn; 4. Bsssett; 6. Miekler; 8. Fleseh, Lesser, Nonne, Prioe, Vinceut, Weyl; 10. Löho. V. 2. e. Davidson. IX. Birnbanm, Müller, Raviart. X. Gilbert. Hellondall. XIII. 2. Anoschat, Bondig, Bosellini, Chsrmeil, Mayer, Menic, Neisser, Orlowski, Uhlenhuth, Wolbnrst. XIV. 2. Binder. XV. *Prostitution.*

12) *Parasiten.*

Arnsdorff, Alfred, Monostomum vicarium u. sp. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Brehaut, A. Hocart, Some blood changes in ankylostomiasis. Lancet Aug. 1.

Discussion on sanitation in reference to ankylostomiasis in the tropics. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Elgood, Boutė Shelldon, Bilharziasis amoug women and girls in Egypt. Brit. med. Jonrn. Oct. 31.

Elliott, John E., Ankylostomiasis in Natal. Transvaal med. Journ. IV. 2. p. 32. Sept.

Garrison, Philip E., The prevalence and distribution of animal parasites of man in the Philippine islands, with n consideration of their possiblo roforonce upon the publie health. Philipp. Jonrn. of Sc. III. 3. p. 191. Jnly.

Gmeiner, Friedrich, Demodex follicnlorum d. Monschen u. d. Thiere. Arch. f. Dermatol. n. Syph. XCII. I u. 2. p. 25.

Möller, Otto, Et Tilfälde af Ekinococcus alveolaria. Hosp.-Tid. 5 R. s. 32.

Rimpnn, W., u. W. Loewenthal, Befnnde von Darmparasiten im Körper ausserhalb d. Darmes (Heterotopie). Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

Tecoe, Pasquale, Sopra un caso di filaria labialis (*Pape*). Rif. med. XXIV. 34.

Telemann, Walter, Eine Methode zur Erleichterung d. Auffindung von Parasiteneiern in d. Faeces. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 35.

Turner, G. A., Anchylostomiasis in South-Africa. Transvaal med. Jonrn. IV. 2. p. 34. Sept.

Unterbergor, Franz, Der Oxyuris vermicularis in seiner Beziehung zur Darmwand u. Appendicitis. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Verdun, Dissemination problable et prochaine de l'ankylostome americain en Europe. Echo méd. du Nord XII. 37.

S. a. IV. 5. Glaessner, Kappis; 7. Bardnlin; 8. Demicheri. V. 1. Reich; 2. c. Paschkis. XV. Poell.

V. Chirurgie.

1) *Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Operations- u. Verbandlehre.*

Abbe, Robert, Anaesthesia at St. Lukas hospital. New York med. Record LXXIV. 7. p. 263. Aug.

Alcerk, E. H., A new apparates for chloroform anaesthesia. Brit. med. Journ. Aug. 15.

Alexander, B., Skiagrams of foreign bodies. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 12. p. 547. Sept.

Amat, Charles, Les maladies qu'on soigne à Berck [Mal de Pott; Coxalgie]. Bull. de Thér. CLVI. 5. 6. 7. p. 161. 207. 252. Août 8. 15. 30.

Andrnssy u. W. Seitz, Bericht über d. im J. 1907 vorgenommenen [chir.] Eingriffe [im Bezirkskrankenh. Böblingen]. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 34. 35.

Baeyer, Hans von, Die Aufgaben der modernen Orthopädie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 36.

Barker, Arthur E., On clinical experiences with spinal analgesie. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Barth, A., Ueber Osteoplastik. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. p. 859.

Beck, Carl, Moderne Frakturenbehandl. mit Zuhülfenahme d. Röntgenverfahrens. Now Yorker med. Mon.-Schr. XX. 4. p. 95.

Beilby, George E., A new method of producing local anaesthesia. Albany med. Ann. XXIX. 10. p. 811. Oct.

Beiträge zur klin. Chirurgie; red. von *P. v. Bruns* LIX. 1—3. Tübingen. H. Laupp. Gr. 8. 234 S. mit 51 Abbild. im Text u. 10 Tafeln. 43 Mk.

Boricht über d. Verhandlnngen d. dontschen Gesellschaft f. Chirurgie XXVII. Congress, nbgehalten vom 21. bis 24. April 1908 im Langenbeckhaus. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 35. Beil.

Bier, Anguat, Ueber einen neuen Weg, Lokalanästhesie an d. Gliedmaassen zu erzengen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. p. 1007.

Bruce, W. Ironside, The localization of foreign bodies by a new method. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Chirurgenoongress, internationaler. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Clairmont, Paul, Chirurg. Eindrücke aus Nordamerika. Wien klin. Wchnschr. XXI. 31—32.

Congrès de l'association française de Chirurgie. Gaz. des Höp. 113. 117. 118. 119. 120. 122. — Semaine méd. XXVIII. 41.

Cornil, V., et P. Coudray, Quelques observations do chondromes et d'ostéochondromes. Revne de Chir. XXVIII. 8. p. 213.

Cotton, Frederick J., The x-rays and fractures. Boston med. a. surg. Jonrn. CLIX. 11. p. 327. Sept.

Dukeman, William H., Surgical technique without the use of antiseptics; abdominal operations. New York med. Record LXXIV. 5. p. 184. Aug.

Ewnld, Karl, Ueber Errichtung chirurg. Stationen im Allgem. u. d. d. Erzherz. Karl-Ludwig-Pnvillons eines k. k. Sophieuspitals in Wien im Besonderen. Wien. klin. Rnndschau XXII. 31.

Ewnld, Karl, Beiträge zur Behandlung von Knochenbrüchen u. Verrenkungen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 39.

Ewald, Karl, Hülfsbuch zum Anlegen chirurg. Krankheitsgeschichteu u. Ordnen d. gemachteu Beobach-

Digitized by Google

tungen. Leipzig u. Wien 1909. Franz Deuticke. Gr. 8. VI u. 58 S. 3 Mk.

Fiessler, A., u. Y. Iwase, Zur Sterilisation u. Verwendung d. Gummihandschuhe. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Frakturen s. IV. 11. *Kappis.* V. 1. *Boek, Cotton, Ewald, Jones, Lucas, Peltesohn, Semeleder, Steiner;* 2. a. *Bloch, Fischer, Ouston;* 2. c. *Goris;* 2. e. *Beatsen, Besche, Bettmann, Bidwell, Clarke, Coolidge, Eames, Flint, Georg, Hoffmann, Koch, Nast, Nicolaysen, Parkinson, Paul, Rot, Schlatter, Schultz, Schwenk, Vogel.* X. *Oishe.* XIV. 2. *Martin.*

Frankenstein, Kurt, Chloroformnarkose mit überdeckter Maske (Handtuchmethode). Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 33.

Fremdkörper s. IV. 3. *Gerhartz, Moffort;* 5. *Halasz.* V. 1. *Alexander, Bruce, Lathrop, Muscat;* 2. c. *Milne.* XI. *Holasz, Mignon, Müller, Schmidt.*

Freund, Leopold, Die Röstgenstrahlesbehandlung tuberkulöser Osteoarthritiden. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 43.

Fronnd, Leopold, Die elektr. Funkenbehandlung (Fulguration) d. Carcinome. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. 44 S. mit 6 Abbild. 1 Mk. 60 Pf.

Gangitano, Ferdinando, Contribute alla cura delle fratture con ritardo nella consolidazione del callo mercè il trattamente nmbulaterio e la stasi alla *Bier* combinati. Rif. méd. XXIV. 33.

Gibney, V. P., Anaesthetics in the hospital for ruptured and crippled. New York med. Record LXXIV. 7. p. 266. Aug.

Gilmer, L., Ueber chirurg. Schnellaufnahmen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42.

Glaessner, Karl, Zur Kenntniss d. *Paget*'schen Knochenerkrankung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 38.

Graff, Erwin von, Klin. u. experiment. Beiträge zur *Bier*'schen Stauung. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. p. 733.

Grasmann, Max, Zur Behandlung d. Karbunkels. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42.

Gray, G. N. W., Vaccine treatmest in surgery. Edinb. med. Jenrn. N. S. I. 2. p. 108. Aug.

Grijns, G., Over bourgeons charnus. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 458.

Grossich, Antenio, Eine neue Sterilisirungsmethode der Haut bei Operationen. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 44.

Groves, Ernst W. Hey, and E. H. E. Stuck, A new operating table. Lancet Oct. 17.

Hackenbruch, P., Operationsschleier mit Metallstützgestell. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 42. p. 1239.

Haeberlin, Carl, Zur Technik d. Nadelextraktion. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32. 37.

Hecker, H., Der Werth d. Zinkleimverbandes in d. Chirurgie, insbes. b. Behandl. von Ulcera cruris, Varicen u. Gelenksaffektionen. Med. Klin. IV. 43.

Heckmann, J., Primäre Wundheilung nach Operation sept. Fälle. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 5. p. 129.

Heermann, Ein stets gebrauchsfähiges Taschenbesteck. Dentsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

Heinrichsen, K., Ueber die Behandlung akuter u. subakuter Eiterungen mit Stanungshyperämie nach *Bier.* Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 158.

Hellin, Dienys, Die Behandl. von Abscessen. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 43. p. 1275.

Heusner, L., Ueber einige neuere Desinfektionsmethoden. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 38.

Heyerdahl, S. A., Om den orthodiagrafiske methodes anvendelse ved undersögelse af bryst- eeh abdominalorganer. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 9. s. 876.

Hildebrandt, August, Ueber d. Sehnentransplantation. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 41.

Hörrmann, Albert, Zwischenfälle b. d. Lumbalanästhesie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Hoffmann, W., Ueber ein neues Prüfungsverfahren von Sterilcatgut auf Keimfreiheit. Desinfektion I. 1. p. 2.

Hofmann, M., Weitere Untersuchungen u. Erfahrungen über Periosttransplantation bei Behandlung knöcherner Gelenkankylosen. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. p. 717.

Holzknecht, G., u. Richard L. Grünfeld, Zur Technik d. Nadelextraktion. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Hopmann, Ueber d. Werth d. Tastsinnes beim Operiren. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Horsley, J. Sheltou, A mothed for preventing infection from the skin during surgical operations. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 5. p. 200. Aug.

Hongh, C. H., On some requirements of modern surgery. Brit. med. Jeurn. Sept. 26.

Van Hüllen, Bericht über d. 2. Congress d. internat. Ges. f. Chirurgie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 41. 42. 43.

Hupp, Frnnke Le Moyne, Oration on surgery. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 16. p. 721. Oct.

Jacksou, Algernon Frazier, Artificial hyperaemia and its therapentic npplications (after *Bier*). New York a. Philad. med. Jeurn. LXXXVIII. 16. p. 735. Oct.

Jones, Fredoric Wood, Some lessons from ancient fractures. Brit. med. Jeurn. Aug. 22.

Iselin, Hans, Behandl. akut. eitriger Entzündungen mit heisser Luft. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 43.

Knochen- u. Gelenkkrnnkheiten s. IV. 9. *Cordier, Ebstein, Rossi;* 11. *Bendig, Kappis, Titus, Wolhouse.* V. 1. *Cornid, Freund, Glaessner, Hecker, Hofmann, Köhler, Kroh, Lexer, Mody, Reich, Schirmer, Strauss, Torel;* 2. a. *Gondry, Oertel;* 2. b. *Clarke, Lehr, Preisser, Tissot;* 2. e. *Alput, Ahrens, Dassler, Frisch, Glerieux, Hartleib, Henneberg, Horant, Kusharo, Ludloff, Orthloph, Stieda, Waldström.* XIV. 2. *Binder.* XVI. *König.* XVIII. *Lery.*

Kocher, Theodor, Ueber Schilddrüsentransplantation. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 1.

Köhler, Alban, Ueber eine häufige, bisher anscheinend unbekannte Erkrankung einzelner kindlicher Knochen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Kothe, Internat. Chirurgencongress, Brüssel, 21. bis 25. Sept. 1908. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41. 42. 43. Vor.-Ber.

Kredel, L., Ueber Wundscharlach. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 4. p. 931.

Kroh, Fritz, Studien über d. Bau d. Synovialmembran u. d. Resorptien d. Gelenkinhaltes unter dem Einfl. varisbler mechan. Momente. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. p. 215.

Lnthrop, Walter, Foreign bodies in trachea nnd stomach. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 16. p. p. 743. Oct.

Lejars, F., Le 2me. congrès de la Soc. internat. do chirurgie. Semaine méd. XVIII. 39.

Leonard, Charles Leslor, Palliative treatment of malignant diseases by mean of the *Roentgen* rays. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 7. p. 471. July.

Lexer, Erich, Lehrbuch der allgem. Chirurgie. Mit einem Vorwerte von *E. v. Berymann.* 2. Aufl. Stuttgart. Furd. Enke. Gr. 8. XII u. 442 S. mit 176 Textabbild., VIII u. 467 S. mit 3 Taf. u. 215 Textabbild. 22 Mk. 60 Pf.

Lexer, Erich, Die Verwendung d. freien Knochenplastik nebst Versuchen über Gelenkversteifung bei Gelenktransplantntieu. Arch. f. klin Chir. LXXXVI. 4. p. 939.

Lilienthal, Howard, The administratien of anaesthetics at Mt. Sinai hospital. New York med. Record LXXIV. 7. 264.

Lindenborn, Karl, Ueber Röntgentumoren. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. p. 384.

Long, W. Hamilton, The status of the anaesthetist. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 8. p. 546. Aug.

Lotze, H., Ueber unsere bisher. Erfahrungen mit d. Handtuchmethode nach *Frankenstein*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 23.

Lucas-Championnière, Just, The treatment of fractures by mobilization and massage. Brit. med. Journ. Oct. 3.

Luxationen s. V. 1. *Semeleder;* 2. a. *Ross;* 2. c. *Grimbach;* 2. e. *Bull, Dreesmann, Jotkowitz, Le Dammy, Ressmann, Salis, Schuhmacher, Scurati, Shepard, Wette.*

Mächtle, Hermann, Ueber d. primäre Tuberkulose d. mesenterialen Lymphdrüsen. Beitr. z. klin. Chir. LXIX. 1. p. 50.

Martin, E., Cirkuläre Arteriennaht beim Menschen. Med. Klin. IV. 38.

Mendler, 3 Jahre selbständ. orthopäd. Chirurgie. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 43.

Momburg, Zur Blutleere d. unteren Körperhälfte. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 41.

Moorhead, S. W., Care of postoperative patients, with special reference to intestinal and renal function. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 5. p. 174. July.

Moty, F., Note sur la méthode de *Bier* appliquée au traitement des arthrites suppurées. Echo méd. du Nord XII. 40.

Munro, John C., The surgical rights of the public. Boston med. a. surg. Journ. XLIX. 8. p. 227. Aug.

Muskat, G., Ueber Wanderung von Fremdkörpern. Med. Klin. IV. 36.

Neumann, Magnus, Automat. Paquelin. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Novak, Josef, Ein Fall von Hämatolymphangiom. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. p. 873.

Pels-Leusden, Ueber d. Behandl. d. Spina ventosa mittels freier Autoplastik. Charité-Ann. XXXII. p. 345.

Peltesohn, Siegfried, Beiträge zur operativen Behandl. d. Knochenbrüche u. ihrer Folgen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 4. p. 955.

Pfuhler, G. E., The treatment of sarcoma by means of the *Roentgen* rays. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 7. p. 464. July.

Preiser, Georg, Ueber patholog. Gelenkflächeninkongruenz. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 33.

Potel et Bricout, Contribution à l'étude de l'oedème traumatique. Echo méd. du Nord XII. 39.

Pye-Smith, R. J., Prophylaxis in surgery. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 1. p. 192. Aug. — Brit. med. Journ. Aug. 1. — Lancet Aug. 1.

Reich, A., Ueber Echinokokken d. langen Röhrenknochen. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. p. 1.

Renton, J. Mill, Some points regarding spinal analgesia. Lancet Sept. 5.

Reynolds, J., and Russel J. Reynolds, The treatment of carbuncles and boils. Brit. med. Journ. Aug. 5. p. 407.

Richardson, Charles H., The growth and development of surgery in the smaller cities. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 11. p. 337. Sept.

Richter, Zusammenstellung der Operationen, vom 1. April 1906 bis 31. März 1907. Charité-Ann. XXXII. p. 474.

Rimann, H., Zur künstl. Blutleere der unteren Körperhälfte nach *Momburg*. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. p. 159.

Ritter, Carl, Eine neue Methode d. Sehnennaht. Med. Klin. IV. 31.

Rovsing, Thorkild, Ueber die Sicherheit der histol. Geschwulstdiagnose als Basis radikaler chirurg. Eingriffe. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Rynll, Charles, The technique of cancer operations, with reference to the changer of cancer infection. Brit. med. Journ. Oct. 3.

Saxtorph Stein, V., Ueber Prothesenparaffin. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 33.

Sahadini, Notes on 679 operations performed under spinal anaesthesia (cocaine or stovaine) by *Taffier's* method. Lancet Oct. 24.

Schanz, A., Jodpinselungen zur Erzielung schmaler Narben. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 32.

Schirmer, Karl Hermann, Die *Paget*'sche Knochenerkrankung. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. a. Chir. XI. 15—19.

Schmidt, Kurt, Ueber Technik u. Wirkung der Stauungshyperämie u. ihre Verwendung in der Praxis. Wien. klin. Rundschau XXII. 36.

Schultze, Kurt, Zur Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren. Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Semeleder, Oskar, Dr. *Karl Ewald's* Beiträge zur Behandl. von Knochenbrüchen u. Verrenkungen. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 40.

Steiner, Fritz, Ein Beitrag zur Frakturenbehandlung. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 35.

Stettiner, 37. Vers. d. deutschen Ges. f. Chir. zu Berlin vom 21. bis 24. April. Fortschr. d. Med. XXVI. 22. 23. 24. 25. p. 674. 708. 731. 789.

Stranss, S., Das *Marmorek*-Serum in der Therapie chirurg. Tuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42.

Tavel, Experimentelles über Röhrenknochenvereinigung b. Defekten. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 19. p. 638.

Vogel, K., Zur Technik d. Gipsverbandes. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 42. p. 1242.

Vorkastner, W., Ueber combinirte Fili- u. Galvanopunktur. Charité-Ann. XXXII. p. 15.

Wederhake, Desinfektion d. Hände u. d. Haut mittels Jodtetrachlorkohlenstoff u. Dermaguormid. Med. Klin. IV. 34.

Weissenrieder, Einige Revolverschussverletzungen. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 36.

Wettergren, Carl, Ohygglig stympning; snabb läkning. Hygiea 2. F. VIII. 8. s. 778.

Wohlgemuth, Heinz, Bessere Ausbildung in d. Narkose u. Anästhesie! Deutsche med. Wchnschr. XXXVII. 37.

Wrede, L., A criticism of the treatment of acute suppurative infections by passive hyperaemia and cupping as advocated by Prof. *Bier*. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 288.

Ziegner, H., Welche Vorzüge hat d. Narkose bei verkleinertem Kreislaufe u. wie wirkt d. von *Klapp* propenirte Autotransfusion? Med. Klin. IV. 41.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Ball, Mummery. IV. 8. Discussion. VIII. Oeri. IX. Obersteiner. XI. Glück. XIII. *Anaesthetica, Antiseptica, Hämostatica, Wundmittel.* XIV. 1. Tavel. XVI. Kreutzmann.

2) *Specielle Chirurgie.*

a) Kopf und Hals.

Ach, Alwin, Automat. Mundsperrer. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Alt, Ferdinand, Die operative Behandl. d. otogenen Facialislähmung. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 6.

Anton, u. v. Braunmann, Balkenstich b. Hydrocephalie, Tumoren u. b. Epilepsie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Auerbach, Siegmund, Klin. u. Anatom. zur operativen Epilepsiebehandlung. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 257.

Ballance, Charles A., A case of division of the anditory nerve for painful tinnitus. Lancet Oct. 10.

Béco, Léon, Laryngo-trachéostomie et papillomes laryngo-trachéaux. Presse méd. belge LX. 34.

Bellini, Alberto, Su di un caso di fibro condroma bronchiale. Rif. med. XXIV. 39.

Bloch, Ernst, Die Contraktion d. Quadriceps b. Schwindelgefühl nach Schädelbrüchen. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 19.

Bourgeois, H., Un traitement chirurgical de l'asthme des foins et des coryzas spasmodiques. Progrès méd. 3. S. XXIII. 38.

Breeckaert, Les plegmons du cou d'origine huccopharyngée. Arch. internat. de Laryngol. XXVI. 5. p. 372.

Brünings, Ueber Lichttherapie b. akuten Nebenhöhlenempyemen. Verh. d. Ver. d. deutschen Laryngol. p. 36.

Burk, W., Ueber einen Fall von akuter recidivirender Thyreoiditis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Calderaro, S., Zur Kenntniss d. atyp. Mucocelenformen. Mittlere u. äussere Stirnhöhlenmucocele. Arch. f. Augenhkde. LXI. 4. p. 331.

Ceparello, Tommaso, Su di un caso di flemmono della regione tiroidea. Rif. med XXIV. 34.

Chalier, André, Le traitement des névralgies faciales par la trépanation de la zone sensitive-motrice du coté opposé. Gaz. des Hôp. 106.

Clark, Somerton, A note on 2 cases of fixity of the jaw treated by operation. Lancet Aug. 15. p. 457.

Claus, Die Behandlung d. Oberkieferhöhlenentzündungen. Charité-Ann. XXXII. p. 469.

Cohn, Georg, Die neuen Methoden d. Behandl. d. chron. Kieferhöhlenempyeme. Therap. Rundschau 10.

Dickins, Sidney J. O., Notes on a case of acute goitre. Lancet Oct. 24. p. 1215.

Discussion on antral disease in relation to special and general surgery. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Disenssion on the methods of dealing with suppuration in the maxillary sinus. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Downie, Walker, On the permanence of the improvement in the shape of the nose obtained by paraffin injection. Brit. med. Journ. Oct. 10.

v. Eicken, Unsere Erfahrungen über Complikationen d. Nasennebenhöhlen. Verh. d. Ver. deutscher Laryngol. p. 17.

Eiselsberg, A. von, Ueber Vorkommen u. Behandl. d. Tetania parathyreopriva b. Menschen. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 1.

Eiselsberg, A. von, u. L. von Frankl-Hochwart, Ein neuer Fall von Hypophysisoperation b. Degeneratio adiposo-genitalis. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 31.

Estor, E., et G. Massabuau, Les prétendus kystes branchiogènes multiloculaires du cou. Revue de Chir. XXVIII. 9. p. 341.

Fischer, Bernh., Ueber indirekte Orbitaldachfraktur u. geschossartige Wirkung eines Knochensplitters im Gehirn. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Glaes, Un cas clinique de sarcome maxillaire récidivé, gueri par le cancroidine. Presse méd. belge LX. 42.

Goadby, Kemell W., 2 cases of acute pyorrhoea alveolaris treated by a specific vaccine. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Grant, Dundas, The use of bougies for the dilatation of the infundibulum of the frontal sinus. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Hald, A., Et Tilfälde af Cheiloplastik ad modum *Sten's*. Hosp.-Tid. 5. R. I. 39.

v. Hacker, Ueber Resektion u. Plastik am Halsabschnitt d. Speiseröhre, insbes. b. Carcinom. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. p. 257.

Heath, P. Maynard, A note on a case of suppurative parotitis in an infant. Lancet Aug. 8. p. 378.

Heite, Zur Behandl. d. Hydrocephalus. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Hippel, Engen von, Die palliative Trepanation b. Stauungspapille. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Hofmann, A., Eine Trachealkanule mit Schutzröhre. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. p. 245.

Homburger, A., u. S. Brodnitz, Zur Diagnose, chirurg. Behandlung u. Symptomatologie d. Kleinhirngeschwülste. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 187.

Hopmann, Die Furcht vor Mandeloperationen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Hultgen, J. F., Cyst of the thyreoglossus duct. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 357.

Hume, G. H., A case of traumatic subdural haomatoma trephined 3 months after injury. Lancet Sept. 19.

Jerusalem, Max, Ein Fall von Fistula oesophagocervicalis. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 31.

Kausch, W., Die Behandlung d. Hydrocephalus d. kleinen Kinder. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. p. 709.

Kennedy, Robert, Section of the posterior primary divisions of the upper cervical nerves in spasmodic torticollis. Brit. med. Journ. Oct. 3.

Klostermann, Heinrich, Zur Casuistik der Schädeldeckcotumoren. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42.

Krause, Fedor, Chirurgie d. Gehirns u. Rückenmarks. I. Band. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 4. XII u. 176 S. mit 63 Holzschn. im Text u. 25 Tafeln. 12 Mk.

Kretschmann, Zur operativen Behandlung d. Nasenscheidenwanddeformitäten. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Lartschneider, Josef, Beiträge zur Aetiologie u. Chirurgie cutaner Unterkieferfisteln. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 3. p. 509.

Leischner, H., Postoperative Stimmlippenschädigungen nach Kropfoperationen u. deren späteres Schicksal. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 304.

Lenormant, Ch., La tuberculose du corps thyroïde à propos d'un cas d'abcès froid thyroïdien. Progrès méd. 3. S. XXIII. 37.

Lotsch, Fritz, Erfahrungen mit d. Intubation b. diphther. Larynxstenose. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 4. p. 428.

Manasse, Zur Pathologie u. Therapie d. malignen Nebenhöhlengeschwülste. Verh. d. Ver. südd. Laryngol. p. 26.

Mills, Charles K., and Charles H. Frazier, A brain tumor localized and completely removed. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 6. p. 186. Aug.

Mills, Charles B., and Charles H. Frazier, A brain tumor localized and completely removed, with some discussion of the symptomatology of lesions variously distributes in the parietal lobe. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 8. p. 481. Aug.

Mintz, W., Eine gutartige Form progressiver seitl. Kieferdeviation myogener Natur. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Mintz, W., Zur Spätasphyxie nach totaler Kehlkopfexstirpation. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41.

Navratil, Desiderius von, Ueber d. cirkuläre Trachearesektion. Eine neue Tracheanaht. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 450.

Newcomb, J. E., Hémorrage consécutive à une esquinancie; ligature de la carotide primitive; guérison. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 476.

Oelsner, Ueber das erschwerte Decannlemeot. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Oertel, Mastoiditis nach isolirter Fraktur d. Proc. mastoideus. Charité-Ann. XXXII. p. 463.

Ouston, T. G., A new operation for depressed fracture of the nose. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Payr, Erwin, Ueber osteoplastischen Ersatz nach Kieferresektion (Kieferdefekten) durch Rippenstücke mittels gestielter Brustwandlappen oder freier Transplantation. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 36.

Payr, Erwin, Drainage d. Hirnventrikel mittels frei transplantirter Blutgefässe; Bemerkungen über Hydrocephalus. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 4. p. 801.

Peters, A., Ueber Gesichts- u. Schädelanomalien u. ihr Verhältniss zum Caput obstipum. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Petrén, Gustaf, Fall af skalpering. Hygiea Festb. II. 28.

Phillips, John, Cephalocele. New York med. Record LXXIV. 15. p. 617.

Phillips, Wendell C., The present status of the radical mastoid operation for the cure of chronic purulent otitis media. New York med. Record LXXIV. 15. p. 608. Oct.

Ross, E. N. Mac Bean, and M. S. P. Aganoor, An interesting case of old dislocation of the jaw. Lancet Aug. 15. p. 457.

Salzer, Hans, Zur Anatomie d. Cephalocelen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. p. 352.

Schaffzek, Die Behandl. d. Schädelimpressien d. Neugeborenen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Schmirden. V., Der plast. Ersatz von traumat. Defekten d. Ohrmuschel. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Schütz, Ferdinand, Thyreoideitis jodica acuta. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 35.

Schwerin, Hans, 2 Fälle akuter, nicht eiteriger Thyreoiditis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Skillern, Ross Hale, Ein Fall von geschlossenen Empyemen d. hinteren Siebbeinzellen u. Keilbeinhöhle, welche erst nach Entfernung d. mittleren Muschel akut geworden sind. Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 3. p. 337.

Söderbergh, Gotthard, Ett fall af hjärntumör; operation; helsn med defekt. Hygien 2. F. VIII. 6. s. 616.

Spick, Plaie pénétrante méconnue de la région temporale gauche. Lyon méd. CXI. p. 631. Oct. 18.

Tillmanns, H., Something about puncture of the brain. Brit. med. Journ. Oct. 3. — Lancet Oct. 24.

Trendelenburg, H., Verletzungen u. chir. Krankheiten d. Gesichts. [Deutsche Chirurgie Lief. 33. 2. Hälfte 1. Theil.] Stuttgart, Ferd. Enke. Gr. 8. S. 195—310 mit 30 Abbild. im Text. 4 Mk.

Urbantschitsch, Eduard, Obturator nach vollständ. Gaumenresektion. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 3. p. 518.

Vohsen, K., Méthode pour la translumination des sinus maxillaires et frontaux. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 388.

Verschütz, 2 Fälle von exstirpirten malignen Tumoren der Keilbeinhöhle. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 616.

Williams, P. Watson, A method of operating for pan-sinusites. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Zietschmann, Otto, Ein Beitrag zum Studium d. Folgen d. Schilddrüsenexstirpation. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 353.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Proysing, Szabély; 8. *Basedow'sche Krankheit,* Cumston, Henschen. V. 1. Kocher. X. Oishi. XI. Gnyot. XVI. Marx.

b) Wirbelsäule.

Bérard, L., Traitement des tumeurs du rachis. Belg. méd. XV. 39. 40.

Braun, W., Beitrag zur Frage d. operativen Behandl. d. Rückenmarksschüsse. Mit neurol. Bemerkungen zu einem operirten Falle von *M. Lewandowsky.* Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. p. 115. 120.

Clarke, J. Jackson, Some practical points in the treatment of tuberculosis of the spine. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Detzel, Ein Fall von durch Operation geheiltem Riesenzellensarkom der Halswirbel. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XXIV. 8. p. 181.

Finckh, E., Ueber spondylit. Abscesse d. Mediastinum posticum. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. p. 65.

Flatau, E., u. N. Zylberlast, Beitrag zur chirurg. Behandl. d. Rückenmarkstumoren. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XXXVI. 3 u. 4. p. 334.

Grässner, Die Röntgenuntersuchung d. Wirbelsäule, insbes. ihr Werth h. d. Wirbelsäuleverletzungen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. p. 241.

Gregersen, Fr., Nogle Bemerkninger om Lumbalpunkturens Teknik og om de Punkturen leilighedsvis ledsageude ubehagelige Tilfälde. Hosp.-Tid. 5. R. I. 33. 34.

Lehr, H., Die Behandlung d. Cervikalspondylitis. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. p. 499.

Louveau, H., Inconvénients de l'application trop prolongée des corsets orthopédiques rigides. Echo méd. du Nord XII. 44.

Meijers, F. S., Bijdrage tot de klinische waarde der lumbaalpunktie. Nederl. Weekbl. II. 10.

Paterson, Peter. The treatment of spina bifida by drainage of the cerebral subdural space. Lancet Aug. 15.

Preiser, Georg, Znr Frage d. Aetiologie d. Spondylitis cervicalis deformans. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Sobanz, A., Insufficientia vertebrae u. Skoliose. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 43.

Schulthess, W., Ueber die Entstehung von Knochendefermitäten, vor Allem b. Skoliose. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 15. p. 496.

Steindler, Arthur, The paradox position of the pelvis in scoliosis. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 323.

Tissot. F., Mort subite dans un cas de mal de Pott silentieux. Progrès méd. 3. S. XXIII. 33.

Traver, A. H., Puncture of the medulla by a hair pin. Albany med. Ann. XXIX. 10. p. 824. Oct.

Wittell, Arnold, Ein Fall von Distensionsluxationim Atlanto-Epistropheal-Gelenk. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Matsuoka; 8. Alquist.

c) Brust, Bauch und Becken.

Ach, Alwin, Gastrotrib. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Ach, Alwin, Automat. Bauchdeckenhalter. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Adler, James E., Torsion of an appendix epiploica in a bilocular hernial sac. Lancet Aug. 8. p. 377.

Bär, Emil, Die Resultate d. Appendicitisbehandl. am Cantonspital Münsterlingen. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. p. 642.

Baracz, R. von, Znr Darmanastomose mittels elast. Ligatur d. Schleimhäute. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 34. p. 1039.

Barker, Arthur E. J., An extensive enterectomy for gangrene. Lancet Sept. 5.

Beatson, George Thomas, 2 successful cases of acute intussusception, including that of the vermiform appendix. Edinb. med. Journ. N. S. 1. 2. p. 102. Aug.

Bell, W. Blair. and J. B. German, Dermoid cyst of the jejunal mesentery. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Beodribb, Arthur W., Rupture of hydatid cyst into the intestine; recovery. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1271.

Berg, John, Några ord om gallstensileus. Hygiea Festber. I. 19.

Bergalonne, Ch. J., Adéno-carcineme du côlon; extirpation incomplète; entéro-anastomose spontanée. Revue med. de la Suisse rom. XXVIII. 8. p. 532. Août.

Bernstein, Paul, Das Bruchband Multiferm. Med. Klin. IV. 36.

Bircher, Eugen, Der heutige Stand d. Lungenchirurgie. Med. Klin. IV. 32.

Blnmer, George, The medical aspects of hernia in linea alba. Yale med. Journ. XV. 1. p. 19. July.

Boese, Julius, Ueber d. strikturirenden tuberkulosen Tumor d. Flexura sigmoidea. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. p. 1071.

Boigey, Un cas de gynécomastie. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 3. p. 242.

Boreliua, Jacques, Om primär kancer i hufvudgallgångarne. Hygiea Festber. I. 20.

Bowen, W. H., 2 cases of pneumococcal peritonitis in children. Brit. med. Jonrn. Sept. 26.

Brauer, Ludolph, Ueber Indikationen u. therapeut. Erfolge d. künstl. Pneumotherapie. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 944.

Brenner, A., Radikaloperation d. Nabelbruchs dnrch Lappendoppolung. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 20.

Brown, Horace, 2 cousecutive cases of strangulated inguinal hernia in the female. Brit. med. Journ. Aug. 1.

Brüning, F., Ueber Appendicitis nach Tranma. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. p. 907.

Bull, P., Erfaringer og bemorkninger om akut appendicitis og dens kirurgiske behandling. Kristiana. Steenske bogtryckeri. 8. 145 s.

Calabrese, D., Valore della gastro-enterostomia posteriore, inferiore alla *von Hacker*, practicata su stomaci a piloro permeabile. Rif. med. XXIV. 41.

Canen, Complete Ausschaltung d. Dickdarms wegen hartnäckiger Darmblutungen b. Syphilis. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. p. 85.

Carlson, Barthold, Om akut appendicit i barnaren. Hygiea Festb. I. 21.

Carmichael, E. Scott, Some points in the anatomy and pathology of the hernial sac. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Carwardine, F., Note on a case of hernia through the foramen of *Winslow*. Laacet Oct. 24. p. 1215.

Clogg, H. S., Cancer of the colon. Lancet Oct. 3.

Conuell, F. Gregory, Radicaloperation for the cure of oblique inguinal hernia. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 481.

Cordier, E., Enfant né avant terme, operé de double hernie alors qu'il pésait 3000g. Presse méd. belge LX. 28.

Corner, Edrod M., Surgical treatment of tuberculous glands in the mesentery. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Creite, Otto, Beiträge zur Chirurgie d. Magencarcinoms. Dontsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 n. 6. p. 471.

Cuff, Archibald, W., The treatment of appendix abscess. Lancet Aug. 8.

Daneel, P., Bericht über d. in d. Heidelberger Klinik von 1898 bis Ende 1905 beobachteten Fälle von Magencarcinom. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. p. 283.

Delatour. H. Beeckman, 4 cases of perforating ulcers of the alimentary canal. New York med. Record LXXIV. 9. p. 361. Aug.

Delore, X., et Bertrand, Les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle. Lyon méd. CXI. p. 481. Sept. 27.

Depage, A., Painfull displacement of ribs. Brit. med. Jonrn. Oct. 3.

Dick, J. Staveley, The treatment of chronic empyema by hyperaemica and hypertransndation. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Discussion on tropical abscess of the liver. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Diacussion on the diagnosis and treatment of cancer of the breast. Brit. med. Jonrn. Oct. 3.

Donglas. John, The leucocyte count in abdominal snrgery. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 13. p. 590. Sept.

Drew. Douglas, Selection of the method of operating in cancer of the rectum. Brit. med. Jonrn. Oct. 3.

Ebner, Ad., Ein vereiafachtes Operationsverfahren d. Nabelbruchs. Beitr. z. klia. Chir. LIX. 3. p. 475.

Foote, Edward Milton, Early diagnosis of carcinoma of the sigmoid. New York med. Record LXXIV. 9. p. 354. Aug.

Fibich, Richard, Experim. Untersuchungen über d. Einwirkung d. Gastroeateroanastomose auf d. Ulous ventriculi. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. p. 1086.

Fiacher, Bornh., Ueber Ileus durch Entspannungsnähte. Deutsche Ztschr. f. Chir. CIV. 1 u. 2. p. 107.

Foges, Arthur, Ueber Werth u. Methode d. rectalen Endoskopie. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 38.

Frauke, Felix, Zur Erklarung d. postoperativen spast. Darmvorschlusses Chir. Centr.-Bl. XXXV. 44.

Franklin, C. L., A case of ruptnre of the rectum caused in an unusual way. Lancet Oct. 17. p. 1143.

Friedrich, P. L., Dio operative Beeinflussung einseit. Lungenphthise durch totale Brustwandmobilisirung u. Lungenentspannung (Pleuro-Pneumolysis totalis). Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. p. 588.

Friedrich, L. P., Ueber d. Raumausgleich in d. Brusthöhle nach einseit. Lungenamputation nebst Bemerkungen über d. operative Mediastinalemphysem. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 6. p. 647.

Garis, Mary C. D., A case of fracture of the ribs; rupture of the lung and pneumohaemothorax. Lancet Sept. 19.

Gnrrè, C., Traumat. Hepaticusruptur, geheilt durch eine Hepato-Cholangio-Enterostomie. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 22.

Gasparini, Albertn, Cisti epidermoide del canale inguinale. Rif. med. XXIV. 39.

Glynn, T. R., On intrathoracic new growths. Lancet Aug. 8.

Gobiet, Josef, Fixation d. Wanderniere u. Wanderleber mit Magnesinmplatten. Chir. Corr.-Bl. XXXV. 40.

Gömöry, Kolomnn, Ein Fall von Pneumokokken-Peritonitis. Militärarzt XLII. 15.

Gray, H. Tyrcell, Some remarks on hernia in which *Meckel's* diverticulnm was present. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Groig, David M., Lymphoma of the rectum. Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 49. July.

Grimbach, 2 Fälle von Beckenluxation. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 609.

Guibé, Gangrène du rectum d'apparonce spontanée. Revue de Chir. XXVIII. 9. p. 376.

Hackenbruch, Zur Radikaloperation d. Leistenbrüche; Fascienknopfnähte. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Hall, J. N., Abscess of the lung from ascending infectioa from appendicitis. New York med. Record LXXIV. 16. p. 665. Oct.

Hammann, Louis. The statistics of tuberculous peritonitis. Bull. of the Johns Hopkins Hops. XIX. 210. p. 256. Sept.

Hanasiewicz, Oskar, Ueber erhöhte Resistenz d. Poritonaeums b. Appendicitis. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 36.

Heile, Zur Operation u. Nachbehandl. d. Brustkrebses. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Heller, E., Weiterer Beitrag znr Kenntniss d. retrograden Darmincarceration. Med. Klin IV. 33.

Henrotay, J., Fibrome de la parois abdomiaale. Belgique méd. XV. 37.

Hill, L. L., Wounds of the heart. New York med. Record LXXIV. 12. p. 473. Sept.

Hinterstoisaer, Hermann, Ueber einen congenitalen teratoiden Sacraltumor mit Metastasirung. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 79.

Hönck, E., Giebt es objektive Gründe, die uns veranlassen können, Blinddarmkranke nach Operationen im fieberhaften Intervall frühzeitig aufstehen zu lassen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Holladay, Gray G., Ounshot wouads of the abdomen. New York a. Philad. med. Jonrn. LXXXVIII. 13. p. 595. Sept.

Jabonlay, Cancer du sein. Gaz. du Hop. 121.

Jacob, O., et L. Trénel, Tuberculose herniaire primitive à forme sacculaire. Revue de Chir. XXVIII. 9. p. 390.

Janssen, Peter, Ueber eine Lageveränderung d.

Wurmfortsatzes, welche Appendicitis vortäuschen kann. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. p. 547.

Ingram, John, *Drewis's* applicance for the use of the colotomy. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Kallionzis, L., La cure radicale de la hernie inguinale. Belg. méd. XV. 38.

Kay, Thomas, Case of rare pelvic tumor in a child of 4 years. Glasgow med. Journ. LXX. 2. p. 112. Aug.

Kaysor, Akute Magenlähmung oder duodeno-jejunaler Dunndarmverschluss? Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. p. 297.

Kehr, Hans, Welche Erfolge hat bisher d. Messer d. Chirurgen b. d. Behandl. d. Cholelithiasis erzielt? Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Kepler. C. D., Report of a case of dermoid cyst in the canal of Nuck. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 8. p. 242. Aug.

Keplor, C. O., Report of a case ot primary carcinoma of the appendix. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 11. p. 339. Sept.

Khautz jun., A. von, Darmstenose durch submuköse Hämatome b. Hämophilie. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. p. 542.

Koch, Wilhelm, Zur Entstehungsgeschichte u. Behandlung d. Eingeweidebrüche. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27. 35. 42.

König, Fritz, Ueber d. Behandlung der durch Lungenverletzung b. subcutanen Rippenbrüchen entstandenen Complikationen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. p. 467.

Koerber, E., Zur Casuistik d. Appendicitis im Bruchsack. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 11. p. 274.

Kudlek, Isolirte Mesenterialabreissungen nach Bauchcontusionen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. p. 327.

Küttner, Hermann, Zur Behandl. schwerer Schussverletzungen d. Lunge mit primärer Naht. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. p. 1.

Laharrièro, Sinusite maxillaire et gangrène pulmonaire; guérison. Arch. internat. de Laryngol etc. XXVI. 5. p. 32.

Läwen, A., u. R. Sievers, Experim. Untersuchungen über d. chirurg. wichtigen Abklemmungen d. grossen Gefässe in d. Nähe d. Herzens unter besond. Berücksicht. d. Verhältnisse b. d. Lungenembolie. Operation nach *Trendelenburg*. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 580.

Lampe, R., Ueber offene u. subcutane Verletzungen d. Bauchorgane. Med. Klin. IV. 34.

Le Fort, Renè. La durée du séjour au lit chez les laparotomisés. Echo méd. du Nord XII. 41.

Leech, E. B., The medical aspect of gastro-enterostomy, based on 128 operations. Lancet Sept. 19.

Lejars, F., La question médico-chirurgicale de lithiase biliaire. Semaine méd. XXVIII. 41.

Lennhoff, Gustav, Zur Hygieue d. Brustwarzen. Med. Klin. IV. 35.

Lenormant, Ch., Un accident rare des plaies de l'intestin; hémorrhagie intra-intestinale mortelle. Progrès méd. 3. R. XXIII. 32.

Lesk, Rohert, Ueber Gallensteinileus. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. p. 47.

Lewis, Morris J., Splenic anemia, splenectomy and recovery. Amor. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 2. p. 157. Aug.

Mac Callum, W. G., and R. T. Miller jr. Right meso-jejunal hernia. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 209. p. 219. Aug.

Mc Cune, W. S., An operation for absence of the rectum. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Mac Lean, Ueber Cystenbildung aus Resten d. Proc. vermiformis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Magruder, W. Edward, Congenital umbilical hernia. New York med. Record LXXIV. 10. p. 393. Sept.

Mandry, Gustav, Bericht über ein 2. Hundert Appendicitis-Operationen. Württemberg. Corresp.-Bl. LXXVIII. 42.

Manges, Morris, A case of tuberculous pericarditis; embolic hemiplegia 3 days after paracentesis of the pericardium. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 12. p. 544. Sept.

Marcussen, E., Et tilfälde af volvulus af nästen hele tyndtarmen. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 9. s. 901.

Mariott, Giuseppe, Occlusioni intestinale da incarceramento dell' intestino nel foro del *Winslow*. Rif. med. XXIV. 35.

Martin, E., Zur Technik d. Radikaloperationen d. Nabelbrüche. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. p. 201.

Martin, William M., A resumé of the surgical treatment of ano-rectal imperforation in the new-born. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 316.

Mayer, W., Ein weiterer Fall von Stieltorsion d. Gallenblase. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 35.

Menge, Zur Radikaloperation von Nabelbrüchen u. von epigastr. u. subumbilicalen Hernien d. Linea alba durch quere Fascienspaltung u. Muskelaushülsung. Mit Bemerkung von *Graser*. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Michelsson, Friedrich, Ein Beitrag zur Frage d. operativen Behandl. d. Magenperforationen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

Milne, J. Wallace, Rabbits rib in an ischio-rectal abscess. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1271.

Monprofit, Ambroise, On cholecystentorostomy in the form of a Y. Brit. med. Journ. Oct 3.

Morrow, Albort S., The cure of inguinal hernia under local anaesthesia. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 16. p. 744. Oct.

Morton, Charles A., and E. V. Dunkley, Gigantic retroperitoneal tumour intimately connected with the kidney, which simulated ascites from tuberculous peritonitis. Lancet Aug. 22.

Moszkowicz, Ludwig, Asept. Darmoperationen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. p. 887.

Monllin, J. Mansell, On the significance of some of the symptoms of appendicitis. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Müller, Paul, Ein mit Pelviperitonitis, Ikterus u. Albuminurie complicirter Fall von Appendicitis. Med. Klin. IV. 34.

Nagel, C. S. G., Prae-rectal hemorrhage. Calif. State Jonrn. of Med. VI. 8. p. 349. Oct.

Nast-Kolb, A., Die Operation von Leisten- u. Schenkelhernien in lokaler Anästhesie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Neuhaus, Einige Bemerkungen zur Aenderung d. Chemismus d. Magens nach Gastroenterostomie. Charité-Ann. XXXII. p. 360.

Neupert, E., Zur Pathologie d. Darmdivertikel. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 4. p. 953.

Newbolt, Georgo P., 2 cases of gall-stone ileus; operation; recovery. Lancet Sept. 12.

Niemack, J., A case of choledochotomy for cholesterin stone with absence of gall-bladder. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 487.

O'Connor, P. T., The surgical treatment of empyema. New York med. Record LXXIV. 7. p. 253. Aug.

Paiuter, Charles F., Excision of the innominatum; arthrodesis of the sacro-iliac synchondrosis; Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 7. p. 205. Aug.

Parlavecchio, G., Ueber einen Fall von primärem Sarkom einer empyematöser Gallenblase. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. p. 365.

Parker, Charles A., A healing intussusception in a case of multiple polypi of the intestine. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 358.

Paschkie, Rudolf, Ein Fall von Echinococcus zwischen Blase u. Mastdarm. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 36.

Paton, R., Late operation [hernia; appendicitis]. Brit. med. Journ. Aug. 29. p. 599.

Perthes, Zur operativen Behandl. d. chron. Lungenabscesses. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI. 4. p. 1054.

Petersen, Edward W., Remarks on acute intestinal obstruction with especial reference to intussusception. New York med. Record LXXIV. 11. p. 438. Sept.

Pratt, Reginald, A second attack of empyema on the same side. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1272.

Reinecke, Isolirte quere Mesentorialabreissung b. Contusion d. Abdomens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 36.

Rhenter, Jean, et Jean Rebattu, Cancer primitif des canaux biliaires. Gaz. des Hôp. 119.

Ribierre, Paul, Traumatisme et appendicite. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 226. Sept.

Ritter, Carl, Experiment. Untersuchungen über Einklemmung von Brüchen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII 3. p. 691.

Robinson, H. Betham, On hernia through the semilunar line and direct inguinal hernia. Brit. med Journ. Sept. 19.

Röpke, W., Ueber progressive Rippenknorpelnekrose. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 4. p. 970.

Rogers, Leonard, A case of tropical abscess of the liver, rapidly cured by means of the flexible sheathed trocar. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Roper, Arthur C., Perforated gastric ulcer; operation 44 hours after perforation; recovery. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Rosenthel, Theodor, Können Duodenaldivertikel eine klin. Bedeutung erlangen? Med. Klin. IV. 37.

Ruhritius, Klaus, Chron. entzündlicher Bauchdeckentumor nach Herniennoperation. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 31.

Ruge, Ernst, Beiträge zur chirurg. Anatomie d. grossen Gallenwege. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 47.

Saar, Günther von, Zur Kenntniss d. traumat. Abscesse d. Mediastinum anticum. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. p. 174.

Sachs, Ueber Einklemmungserscheinungen b. Fettbrüchen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Sándor, Stefan, Entzündliche Bauchdeckengeschwulst entstanden um einen aus dem Darmkanal perforirten Fremdkörper. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Schönheim, Ludwig, Ueber d. Veränderung d. Magenchemismus nach Gastroenterostomie. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 5. p. 496.

Schroeter, P., Ein casuist. Beitrag zu d. Schussverletzungen d. Magendarmtractus u. d. Perforationen chron. Magengeschwüre. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. p. 179.

Schultz, Th., Bugvägsfihrom; plastisk Operation. Hosp.-Tid. 5. R. I. p. 41.

Soudder, Charles L., Omentopexy to the intestine deprived of its mesentery. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 11. p. 338. Sept.

Snudder, Charles L., The principles underlying the treatment of acute intestinal traction. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 16. p. 491. Oct.

Seelig, M. G., Appendicitis resembling ureteral calculus. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 485.

Shiota, Zur Pathologie u. Therapie d. tumorbildenden stenosirenden Darmtuberkulose. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 4. p. 982.

Sick, P., Schaufelhaken b. Operationen an d. Gallenwegen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 625.

Simon, L., Perforation eines *Meckel*'schen Divertikels. Med. Klin. IV. 35.

Solaro, G., Ein neuer elastischer Darmschliesser. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Stavely, Albert L., Acute and chronic gastromesenteric ileus with cure in a chronic case by duodenojejunostomy. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 210. p. 252. Sept.

Steinthal, Die chirurg. Behandlung d. Gallensteinkrankheit. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 36. 37.

Stern, Heinrich, Thoracic periosteedema of angioneurotic origin. New York med. Record LXXIV. 17. p. 697. Oct.

Stumpf, R., Beitrag zur Magenchirurgie. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. p. 551.

Swett, Paul W., A consideration of the condition of relaxation or sprain of the sacro-iliac joint. Yale med. Journ. XV. 2. p. 60. Oct.

Takata, H., Eine Modifikation d. Verlagerungsmethode b. d. *Kocher*'schen Bruchoperation. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Talme, S., Eröffnung collateraler Bahnen f. d. Blut d. Vena portae. [Berl. Klin. 241.] Berlin. Fischer's med. Buchh. (H. Kornfeld). 8. 19 S. 60 Pf.

Taylor, J. Madison, The rational treatment of splanchnoptosis; displacement of the viscera both abdominal and thoracic. New York med. Record LXXIV. 16. p. 660. Oct.

Telling, W. H. Maxwell, Multiple diverticula of the sigmoid flexure. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Thoinot, L., et Ch. Paul, L'arrachement traumatique du coeur. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 193. Sept.

Tillmanns, H., Die Behandl. d. Beckeneiterungen (Beckenabscesse). Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42.

Torrance, Gaston, Reports of 2 cases of ruptured gall-bladder and a case of perforating gastric ulcer. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 5. p. 144. Aug.

Toriketa, R., Beitrag zur combinirten Exstirpation d. hochsitzenden, resp. hoch hinaufreichenden Mastdarmcarcinome b. Männern. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. p. 162.

Tuttle, James P., Cancer of the rectum. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 10—13. p. 433. 496. 535. 584. Sept.

Vanverts, J., Imperforation de l'anus avec abouchement anormal au périnée. Echo méd. du Nord XII. 34.

Venue, Ernst, Die chir. Behandlung d. Perikarditis u. d. chron. adhäsive Mediastinoperikarditis (Cardiolysis). Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XI. 14.

Venus, Ernst, Die operative Behandlung d. Perikarditis. Wien. klin. Rundschau XXII. 44.

Veyrassat, L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical. Revue de Chir. XXVIII. 8. 9. p. 269. 403.

Viannay, Charles, Cure radicale de 2 cas de fistule stercorale. Lyon méd. CXI. p. 669. Oct. 25.

Vosper, Sydney, Perforated gastric ulcer; patient seen allmost immediately; operation; recovery. Lancet Aug. 22. p. 536.

Weeterveld, H. W., Een geval van chronische emoebendysenterie genezen door operatie. Nederl. Weekbl. II. 15.

Widmer, Charles, Spontanheilung eines Anus praeternaturalis nach Herniencarceration u. Kothphlegmone. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 16.

Wilms, Das Coecum mobile als Ursache mancher Fälle von sogen. chron. Appendicitis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41. — Chir. Centr.-Bl. XXXV. 37.

Woll, Arthur J., Some important points in the anatomy and surgery of the peritoneum. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 8. p. 355. Aug.

Woods, Richard F., The after treatment of a series of 44 laparotomies. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 14. p. 641. Oct.

Wullstein, Ueber asept. Darmoperationen. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 4. p. 886.

Zeaijer, J. H., Purpura en darminvaginatie. Nederl. Weekbl. II. 7.

S. a. II. *Anatomie* u. *Physiologie*. III. Busch. IV. 2. Hese; 4. Theohald; 11. Jenssen. V. 1. Duke-

mann, Heyerdahl. VI. *Operationen an d. weibl. Genitalien.* VII. *Geburtshülfl. Operationen.* XIII. 2. Rahl.

d) Harnorgane und männl. Geschlechtsorgane.

Achard, Ch., L'oeuvre du premier congrès international d'urologie. Semaine méd. XXVIII. 41.

Ashhurst, William, A case of vesico-vestibular fistula involving the whole urethra. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 479.

de Bourmann; Gougerot et Vuncher, Epididymite, orchite et vaginalite sporotrichosiques. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IX. 8. 9. p. 465.

Biorhoff, Frederic, The urological department of the German dispensary. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 15. p. 676. Oct.

Bindi, Forruccio, Pionefrosi calculosa; estrazione del calcolo; guarigione. Rif. med. XXIV. 36.

Carlier, V., A propos de la prostatectomie transversale. Echo méd. du Nord XII. 41.

Casanollo, Rinaldo, Emnturie grave per ulcerazioni vescicali in individui affetti da restringimenti uretrali. Rif. med. XXIV. 36.

Caspor, Einige diagnost. bemerkenswerthe Fälle von Nierentuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Chorholka, E. F., Ueber d. moderne Prostatahypertrophiebehandlung. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 34—37.

Congrès de l'association internationale d'urologie. Gaz. des Hôp. 114. 116. 117.

Corner, Edmund M., The indirect treatment of disease of the epididymis and testicle. Brit. med. Journ. Oct. 3.

Davison, Robert F., Cystitis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 8. p. 347. Aug.

Discussion on the indications for nephrotomy and nephrectomy. Brit. med. Journ Oct. 3.

Doran, Alban H. G., Cystic tumour of the suprarenal body successfully removed by operation. Proceed. of the Royal Soc. of Med. July.

Duhot, Un cas de prostatectomie sus pubienne. Presse méd. belge LX. 28.

Eastman, Joseph Rilus, Confessions of a Yeoman prostatectomist. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 6. p. 245. Aug.

Ebstein, Wilhelm, Bemerkungen zur Pathogenese der Urolithiasis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

Eggenherger, Hans, Harnblasenbrüche. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 524.

Ehrlich, Zur Casuistik u. Behandl. d. Divertikel d. männl. Harnröhre. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. p. 193.

Exalto, J., De behandeling van den onvolkomen afgedaalten testikel. Nederl. Weekbl. II. 8.

Faber, Poul Kuhn, Om Diagnoson af Nyre-og Uretersten ved Hjälp af Röntgenstraaler. Hosp.-Tid. 5. R. I. 39.

Finckh, E., Zur Nachbehandlung d. suprapub. Cystotomie. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. p. 78.

Fischer, Walther, Teratom eines Bauchhodens mit chorionepitheliomatösen Wucherungen u. Metastasen. Arh. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 350.

Fowler, Harry Atwood, Autochthonous urethral calculi. New York med. Record LXXIV. 5. p. 174. Aug.

Frankl-Hochwart, L. v., Ueber Harnretention ohne Lokalhinderniss. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 40.

Gatti, Gerolamo, Die Nierenentkapselung bei akuter Nephritis. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. p. 658.

Gellé, E., 4 cas de tumeur rénale d'origine surrénale. Echo méd. du Nord XII. 31.

Goldberg, Einiges über Prostatasekret. Ztschr. f. Urol. II.

Hanol, 3 Fälle von Nephrektomie wegen Nierensteinen mit Pyonephrose. Charité-Ann. XXXII. p. 372.

Hildebrandt, A., Ueber einen Fall von einseit. essentieller Hämaturie. Charité-Ann. XXXII. p. 342.

Jahresbericht über d. Leistungen u. Fortschritte auf d. Gebiete d. Erkrankungen d. Urogenitalapparates. Red. von *A. Kollmann* u. *S. Jacoby*. III. Jahrg. Bericht über d. J. 1907. Berlin. S. Karger. Gr. 8. V u. 518 S. 19 Mk.

Jeanbrau, E., La contusion testiculaire, l'orchite par effort et la castration devant la loi sur les accidents. Progrès méd. 3. S. XXIII. 40.

Joseph, H., Blutung in das Nierenlager. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 461.

Katzenstein, S., Zur Therapie d. Urethritis externa b. Männern. Med. Klin. IV. 39.

Kaufmann, R., Ueber einen neuen optischen Apparat (Urethroteleskop) zur endoskop. Untersuchung d. Harnröhre. Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Krause, Rudolf, Ueber geschlossene tuberkulöse Pyonephrose. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. p. 40.

Kretschmer, Herman L., The pathology and cystoscopy of cystitis cystica. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 274.

Landström, John, Några ord om de nyare behandlingsmetoderna vid prostatahypertrofi, särskildt med hänsyn till prostatektomia. Hygiea Festb. II. 26.

Lassallo, C. F., Note on a case of vesical calculus, the nucleus of whid was a revolvor bullet. Lancet Aug. 5.

Lediard, H. A., and William Temploton, Renal calculi; nephrolithotomy; subsequent nephrectomy on account of haemorrhage. Lancet Aug. 15.

Liebi, W., Ueber retrovesikale u. retroprostat. Cysten. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 1 u. 2. p. 16.

Lipburger, Josef, Ueber Decapsulation d. Nieren wegen Morbus Brightii. Therap. Monatsh. XXII. 10. p. 502.

Lockyer, Cuthbert, Displacement of the ureter in certain cases of pelvic tumours. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Moffitt, Herbert C., Tumors of adrenal origin with particular reference to hypernephroma of the kidney. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 15. p. 457. Oct.

Mohr, Heinrich, Bemerkungen zur Behandl. d. Hydrocele. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Muren, G. Morris, Real conservation in the treatment of the prostate. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVII. 6. p. 249. Aug.

Necker, Friedrich, Internat. Urologencongress. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44. Vor.-Beil.

Orton, George Harrison, Some fallacies in the x-ray diagnosis of reneland ureteral calculi. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Pellegrini, Augusto, Contributo clinico allo studio della ferita d'arma da fuoco dell'uretra e della vescica. Rif. med. XXIV. 30.

Ploos van Amstel, P. J. de Bruïne, Hämnturie. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 502. 503. Chir. 147. 148.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 72 S. 1 Mk. 50 Pf.

Portner, Ernst, Cystoskopie u. Ureterenkatheterismus in d. Kinderpraxis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43.

Powell, W. Wyndham, A method of operating in the air-distended urethra. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Richardz, Owen, A cas of double abdominal hydrocele. Lancet Aug. 22.

Rumpel, Ueber kindl. Blasentumoren. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43.

Schnefer, Friedrich, Intermittirende Hydronephrose mit plast. Operation behandelt. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 33.

Schultz, Th., Calculus vesicae. Hosp.-Tid. 5. R. I. 41. 42.

Digitized by Google

Seefisch, G., Ein Beitrag znr Frage d. Steinbildung in d. oberen Harnwegen nach Verletzung d. Wirbelsäule. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 5 u. 6. p. 426.

Simon, Walter, Experiment. Studien nn der menschl. Niere über d. Folgen d. Nephrotomie. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. p. 399.

Squier, J. Bently, 2 unusual cystoscopic pictures. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 8. p. 352. Aug.

Streissler, Eduard, Posthioplastik b. congenitaler Verwachsung von Vorhant u. Eichel. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. p. 206.

Suter, F., Ein Beitrag zur Histologie u. Genese d. congenitalen Divertikel d. männl. Harnröhre. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 225.

Thomas, J. Lynn, A simplified method of performing prostatectomy by the combined routes. Brit. med. Journ. Oct. 3.

Vulentino, Jnlius J., Preparation for a genitourinary diagnosis. New York med. Record LXXIV. 11. p. 445. Sept.

Wechaelmann, Multiple Polypenbildung d. hinteren Harnröhre. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 199.

Weisz, Franz, Ueber Cystitis. Wien. klin. Rundschau XXII. 43.

Wettergren, Karl, Stor spermatocele extragenitalis hos en 58-årig man, exstirpation; helsa. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 655.

Winkler, Ferd., Die elektr. Behandl. d. Genitalerkrankungen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 3. p. 119. — Wien. med. Wchnschr. LVII. 32.

Zaaijer, J. H., Niertransplantatie. Nederl. Weekbl. II. 12.

Zuckerkandl, O., Ueber Nierensteine. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. p. 481.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Herxheimer. IV. 6. Asch; 8. Laurent; 11. Goldberg, Porosz. XIII. 2. Blumenthal, Fenwick. XVI. Cabnnès.

e) Extremitäten.

Abbott, Edville Gerhardt, and Thomas Jnyne Burrage, Osteosarcomn of the knee-joint. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 5. p. 139. Aug.

Ahrens, Ein Fall von Resektion d. Hüftgelenks mit Interposition eines Muskellappens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Bardach, H., Mittheilungen über Gummieinlagen in orthopäd. Schuhen. Wien. klin. Rundschau XXII. 39.

Bartsch, Eine seltene Vorletzung im Kniegelenk. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XIV. 9. p. 264.

Bentson, George Thomns, Chauffeurs fracture. Glasgow med. Journ. LXX. 3. p. 161. Sept.

Besche, Arent de, Et tilfälde af malign ödem after komplicret fractura antibrachli. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 10. s. 901.

Bettmann, Ueber eine Schranbvorrichtung zur Heilnng d. Kniescheibenbruches. Münchn. med. Wchnschr. LV. 36.

Bidwell, C. Hugh, Notea on 2 nnusual cases nf fractures of tho tibia. Transvaal med. Journ. IV. 2. p. 27. Sept.

Broca, Racconrcissemont de l'humérus par resection do l'épanle prätiquée en bas âge. Gaz. des Hôp. 118.

Bülow-Hansen, V., Et tilfälde af kongenital komplet radinsdefekt opereret efter *Bardenheuer's* methodo. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 10. s. 956.

Bull, P., Luxatio dorsalis ossis magni carpi. Norsk Mag. 5. R. VI. 8. s. 779.

Carter, F. Bolton, Rupture of the ligamentum patellae. Lancet Sept. 19.

Clarke, John S., Fractured femur in the newly born. Brit. med. Journ. Aug. 29. p. 600.

Coolidge, Frederic S., Fracture of lower epiphysis of the tibia. Boston med. n. surg. Journ. CLIX. 15. p. 470. Oct.

Davidson, Arthnr J., Gonorrhoeal exostoses nf the os calcis. New York med. Record LXXIV. 14. p. 570. Oct.

De Francesco, Donato, Verwerthung eines alten Amputationsstumpfes mittels plast. Resektion nach *Vanghetti.* Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. p. 571.

Dreosmann, Angeb. Hüftverrenkung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. p. 275.

Dnval, Pierre, Amputation susmalléolaire (procédé *Felix Guyon*) avec ostéoplastie calcanéo-tibiale. Revue de Chir. XXVIII. 10. p. 465.

Eames, W., Case of fractured radius. Brit. med. Jonrn. Aug. 8. p. 326.

Eising, Eugene H., Amputation in diabetic gangrene. New York med. Record LXXII. 7. p. 267. Aug.

Finsterer, Hans, Ueber Verletzungen im Bereiche d. Fusswurzelknochen, mit besond. Berücksicht. d. Os naviculare. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. p. 90.

Flinker, Arnold, Ueber einen seltenen Fall von Makrodaktylie. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 35.

Flint, Carleton P., Fracture of the eminentia capitata. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 342.

Fränkel, Jnmes, Die Technik d. Gehgipsverbände. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Frank, Alfred, Ein Fall von angeb. Fibromen am Finger, nebst Beiträgen zur Casuistik d. Fingertumoren. Wien. klin. Rundschau XXII. 42. 43. 44.

Frisch, C. v., Die *Gleich*'sche Operation u. ihre Bedentung in d. Therapie d. Plattfusses. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 2. p. 324.

Frisch, O. v., Ein Fall von Coxa vara congenita. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 39.

Georg, Conrad, Some fractures of the elbow joint. Physic. a. Surg. XXX. 5. p. 193.

Glorienx, Coxalgie hystéro-traumatiquo. Policlin. XVII. 10. p. 241.

Goebel, Carl, Ueber congenitales Femursarkom, geheilt durch operativo n. Röntgenbehandlung, nebst Bemerkungen über congenitale maligne Tumoren. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 191.

Goerlich, Max, Angeb. Ankylose d. Fingergelenks mit Brachydaktylie. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. p. 441.

Greig, David M., On osseous new growtha nt the elbow following backward dislocation of the radius and ulna. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. p. 297. Oct.

Haglnnd, Patrik, Till klumpfotbehandlingen i första lefnadsåret. Hygiea Festb. II. 27.

Hnldenwang, Otto, Ueber echte Schenkelhalsfrakturen im kindl. u. jugendl. Alter. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. p. 81.

Hammond, Roland, Deceptive conditions in the hip-jnint. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 10. p. 303. Sept.

Hartleih, Behandl. d. Hydrops genu traumaticus. Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Hecker, H., Der Werth d. Zinkleimverbandes in d. Chirurgie, insbes. b. d. Behandlnng d. Ulcera cruris, Varicen u. Gelenkaffektionen. Med. Klin. IV. 42.

Heimann, Willy, Ueber einige subcutane Muskel- u. Sehnenverletzungen an d. oberen Gliedmaassen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 3. p. 237.

Henneberg, Casuist. Beitrag zur congenitalen familiären dermatogenen Contraktur der Fingergelenke. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42.

Hoffmann, Adolph, Ueber d. isolirte Fraktur d. Os naviculare tarsi. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 1. p. 217.

Hofheimer, J. A., Conservation in surgery of the hands. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 15. p. 691. Oct.

Hofmann, A., Die Umsetzung d. longitudinalen Extension in transversale Extension, ein leicht zu improvisirender, wie auch als Dauerextension zu benutzender Streckvorband. Beitr. z. kliu. Chir. LIX. 2. p. 235.

Horand, René, La hanche à ressort ou maladie de *Perrin-Terraton*. Gaz. des Hôp. 110.

Hübscher, C., Die Behandl. d. contrakten Plattfusses im Schlafe. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 42.

Jottkowitz, Paul. Ueber einen Fall von habitueller (lateraler) Luxation d. Ellenbogengelenks. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 3. p. 249.

Koch, P. F. C., Behandeling van elleboogfrakturen. Nederl. Weekbl. II. 7.

Kumaris, Johannes, Ein Beitrag zur Lehre d. Coxa valga, mit bes. Berücksicht. d. soges. Coxa valga luxans. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. p. 625.

Le Damany, P., Le traitement ratiosnel de la luxation congenitale de la hanche. Revuede Méd. XXVIII. 10. p. 491.

Legg, Arthur T., and Ariel W. George, Nontuberculous bone infections about tho hip-joist. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 12. p 361. Sept.

Lonz, Ueber d. brandige Geschwür d. unteren Extremität b. ostafrikan. Eingeborenen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 39.

Lossen, W., Bemerkungen zu d. Ellenbogenresektionen mit Erhaltung d. Beweglichkeit. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 35.

Ludloff, K., Zur Frage d. Osteochondritis dissecans am Knie. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 3. p. 552.

Luxembourg, H., Statistik d. in d. JJ. 1902 bis 1906 im Kölner Bürgerhospitale behandelteu Oberscheskelbrüche mit Aussahme d. Schonkelhalsfrakturen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XCII. 2 u. 3. p. 387.

Moffat, H. A., The condition of parts 62 years after excision of the elbow-joint. Edisb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 237. Sept.

Nabarro, David N., A note on 3 cases of snppurating bursa patellae dne to pnonmococcus. Lancet Aug. 1. p. 311.

Nast-Kolb, Alban, Ueber indirekte Mittelfussbrüche. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Nicolaysen, Johan, Fractura radii hos börn. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 8. p. 793.

Ortloph, Wilhelm, Coxa vara, ein Frühsymptom d. Osteomalacie. Wien. klin. Rundschsu XXII. 33—36.

Parkinson, A. H., Fractured femur in the newlyborn. Brit. med. Journ. Aug. 5. p. 408.

Paul, Charles M., An oxtension without use of wights for fractures. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 7. p. 299. Aug.

Reismann. Fussgelenksluxation. Chir. Ceutr.-Bl. XXXV. 38. p. 1123.

Rob, J. W., An unusual fracture of the olavicle. Lancet Aug. 1.

Salis, Hans v., Zur Frage d. blutigen Resorption b. Luxatio genu congenita. Deutsche Ztschr. f. Chir. CXIV. I n. 2. p. 149.

Schlatter, C., Unvollständige Abrissfrakturen d. Tuberositas tibiae oder Wachsthumsanomalien? Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. p. 518.

Schmieden, V., Ueber Ellbogenresektionen mit Erhaltung d. Beweglichkeit. Berl. klis. Wchnschr. XLV. 33.

Schrecker, Zur Technik d. Extensionsbehandlung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Schultz, Th., Fractura patellae. Hosp.-Tid. 5. R. I. 41.

Schnmacher, E. D., Zur Kenntniss d. Totalluxationen d. Metatarsus im *Lisfranc*'schen Gelenk. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 3. p 510.

Schwenk, Isolirte Fraktur d. Proc. coronoideus ulnae. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 32. p. 976.

Scurati, Ilario, Considerazioni sulla lussazione otturatoria bilaterale dell'anca. Rif. med. XXIV. 37.

Shepard, John Hust, A practical suggestion in the reduction of dorsal dislocation of tho hip. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 363.

Stetten, De Witt, Zur Frage d. sogen. *Madelung*'schen Deformität d. Handgelenks mit besond. Rücksicht auf eine umgekehrte Form darüber. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 31. p. 949.

Stieda, Alfred, Ueber Coxa valga adolescentium. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 1. p. 243.

Tubby, A. H., Diffuse painful lipoma of the foot. Lancet Sept. 26.

Vallas et L. Desgonttes, Tarseotomie avec conservation du calcanéum. Revue de Chir. XXVIII. 8. p. 228.

Vogel, K., Znr Therapie d. Narbencontraktur d. Hand. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Vogel, K., Ueber eine typische Fraktur d. Epicondylus internus femoris. Arch. f. klin. Chir. LXXXVII. 4. p. 1076.

Waldenström, Henning, Några ord om den förebyggende behandlingen af coxites. Hygiea Festb. II. 36.

Wette, Fritz, 2 Fälle von Luxation im Metatarsophalangealgelenk. Doppelseit. Abriss d. Streckaponeurose am Mittelfinger. Münchu. med. Wchnschr. LV. 37.

Wettergren, Karl, Spontan amputation genom senil gangrän hos mor och dotter. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 658.

Willens, Ch., The techniqne of tarsectomy for talipes. Brit. med. Journ. Oct. 3.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 3. M'Gregori; 4. Goodalo, Saohs; 7. Heismann, Kronenberg, Schlesinger. V. 1. Bier, Hecker. VIII. Kosmsk.

VI. Gynäkologie.

Alexander, William, The operation of ventrofixation or ventrosuspension of the uterus and shortening of the round ligaments. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 408.

Ballard, C. N., Primary carcinoma of the body of the uterus. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 460.

Bassetta, A., Sur un kyste dermoïde de l'ovaire. Arch de Méd. expérim. XX. 4. p. 559. Juillet.

Bastian, J., De la torsion du pédicule dsns les tumeurs solides de l'ovaire. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 10. p. 597. Oct.

Bsuer, Adolf, Spitze Condylome von besonderer Grösse [an d. Vulva]. Mon.-Schr. f. Goburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 3. p. 297.

Beiträge zur Goburtshülfe u. Gynäkologie, unter Red. von *A. Hegar* XIII. 2. Leipzig. Georg Thieme. Gr. 8. S. 173—338 mit 12 Textabbild., 3 Curven u. 5 Tafeln.

Berkeley, Comyns, and Victor Bormey, On the radical abdominal operation for carcinoma of tho cervix (*Wertheim's*). Brit. med. Jonrn. Oct. 3.

Benttner, Oskar, Der nicht schwangere Uterus kann selbst auf Reizo hin, die ihn nicht direkt zu treffen brauchen, sein Volumen wesentlich verändern. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 32.

Benttner, Oskar, Eino neue Methode d. Exstirpation doppelseit. erkrankter Adnexe. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 32.

Björkqvist, Geo, Beobachtungen von milchsecernirenden überzähl. Brüsten. Mitth. a. *Engström's* gynäkol. Klin. VII. 3. p. 301.

Bossi, Ueber d. Pessar b. d. schneckenförm. Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 36.

Bourcart, Le massage gynécologique dans le traitement des infiltrations plastiques et des exsudats pelviens. Ann. de Gyn. et d'Obst. 2. S. V. p. 449. Août.

Broca, A., Hypertrophie du clitoris. Ann. de Gyn. et d'Obst. 2. S. V. p. 485. Août.

Cameron, S. J. M., The vascular system and the fibro-myomsta. Glasgow med. Journ. LXX. 3. p. 177. Sept.

Coffey, R. C., The principles on which the success of surgical treatment of retroplacement of the uterus depends. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 383.

Cohn, Franz, Zur Einschränkung d. Pessartherapie. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Cohn, Franz, Das Frühaufstehen der Laparotomirten. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXIII. 38.

Cramer, H., Todesfall nach Atmokausis. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 3. p. 346.

Daels, Frane, Beitrag zur Lehre d. Ovarialorgaunome. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. p. 276.

David, Ch., L'endoscopie utérine. Ann. de Gyn. et d'Obst. 2. S. V. p. 513. Sept.

Discussion on the treatment of uterine displacements. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Dubar, L., et Leroy, Kyste de la trompe gauche à pédicule tordu dans la fosse iliaque droite et torsion axiale de l'utérus. Echo méd. du Nord XII. 35.

Eisenstein, Karl, u. Josef Hollós, Tuberkulose u. Menstruation. Durch Tuberkulinbehandl. nach *Karl Spengler* geheilte Fälle von Dysmenorrhöe u. Amenorrhöe. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 44.

Engelhorn, E., Corpuscarcinom b. einer 23jährigen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 278.

Faure, J. L., Traitement du cancer des organes génitaux chez la femme. Belg. méd. XV. 32—35.

Finsterer, Hans, Zur Kenntniss d. Tumoren d. Ligam. rotundum uteri. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. p. 247.

Forssner, Hjalmar, Karcinosarkom i uterus. Hygiea Festb. I. 8.

Frank, Fritz, Ueber Carcinome der *Bartholin*'schen Drüse. Med. Klin. IV. 38.

Frankenstein, Kurt, Ueber klin. Erfahrungen mit d. Vaporisation. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 4. p. 396.

Frankenstein, K., 80. Versammlung deutscher Naturf. u. Aerzte in Köln. Geburtsh. u. Gynäkologie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 42. 43.

Frankl, Oskar, Ueber Sauerstoffbäder im Klimakterium. Ztschr. f. physiol. u. diät. Ther. XII. 4. p. 291.

Franqué, Otto von, Recidivoperation nach Uteruscarcinom. Münchn. med. Wchnschr. LV. 31.

Freund, Hermann, Eine inguinale Prolapsoperation (Exohysteropexia inguinalis). Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 38.

Freund, W. A., u. von Rosthorn, Modelle von 10 Durchschnitten weibl. Becken zur Darlegung d. wichtigsten Erkrankungen d. Bindegewebes: Blutung, Entzündung; Neubildung. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 39.

Friedomann, Ludwig, Ein neues Pessar gegen Uterus- u. Scheidenvorfall. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 39.

Fromm, W., Beitrag zur operativen Behandlung der entzündl. Adnexerkrankungen. Beitr. z. klin. Chir. LIX. 2. p. 261.

Frommer, Victor, Transplantation d. Scheideuepithels als neues Verfahren zur Heilung d. Erosionen d. Portio vaginalis. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 35.

Füth, H., Ueber Menstruationsverhältnisse b. einseit. Ovariengeschwulst. Med. Klin. IV. 38.

Gallaut, A. Ernest, Vaginouterostomy after nephrectomy for pyonephrosis due to a sigmate constriction of the ureter. New York med. Record LXXIV. 13. p. 529. Sept.

Gans, H., Typhusvereiterung des Ovarialtumors. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 2. p. 163.

Gräfenberg, Ernst, Eine Nebennierengeschwulst der Vulva als einzige Metastase eines malignen Nebennierentumors d. linken Seite. Virchow's Arch. CXCIV. 1. p. 17.

Groves, Ernest W. Hey, A plea for uniform registration of operation results. Brit. med. Journ. Oct. 3.

Grünbaum, D., Das klin. Verhalten der Adenomyoma uteri. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. p. 387.

Güttler, Wenxel John, Eine 53 kg schwere Ovarialcyste. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 37.

Heiueck, Aimé Paul, Perforating wonnde of the uterus inflicted during the cervix of intrauterine instrumentation. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 424.

Heinricius, G., Fall af endothelioma ovarii. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 192. Sept.

Henrich, Otto, Ueber einen Fall von Uterus- u. Tubentuberkulose in Verbindung mit Myom. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 4. p. 383.

Henson, J. W., Repair of the perinaeum. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 14. p. 646. Oct.

Herff, Otto von, Sind Quellstifte so nothwendig? Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 43.

Jeannin, Cyrille, Bericht über d. französ. geburtshülfl.-gynäkol. Arbeiten d. J. 1907. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 3. p. 361.

Kafka, Carl, Ueber Kappenbehandlung. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 41.

Kehrer, E., Zur Kenntniss des primären Tubencarcinoms. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 3. p. 327.

Kiolin, C. F., Hernia of tube and ovary complicated by strangulation. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 9. p. 404. Aug.

Knaggs, R. Lawford, A case of implantation of the ureters into the rectum, for extravasion of the bladder in a woman, by a modified *Peters'* operation. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Latzko, W., Eine neue Methode der intraperitonäalen Ligamentverkürzung. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 39.

Lejars, F., Les abscès sous-uréthraux chez la femme. Semaine méd. XXVIII. 31.

Lesniowski, Anton, Ein Lymphknötchen in der Schleimhaut d. Portio vaginalis uteri. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 40.

Liepmann, W., Ueber eine neue Schnittführung b. d. Sektion gynäkolog. wichtiger Fälle. Virchow's Arch. CXCIII. 3. p. 545.

Liepmann, W., Zur Bakteriologie u. Technik der Beckenausräumung bei Uteruscarcinom. Charité-Ann. XXXII. p. 415.

Mc Donald, Ellico, Diffuse peritonitis in women. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 3. p. 299.

Mc Morrow, Frauk. A case of actinomycosis of the pelvis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 9. p. 406. Aug.

Maier, F. Hunt, The value of acetone in the treatment of inoperable carcinoma of the uterus. Ther. Gaz. 3. S. XXIV. 7. p. 460. July.

Martin, J., Utilisation plastique de l'utérus. Revue de Chir. XXVIII. 8. p. 243.

Mascowicz, L., Procédé spécial du traitement de la fistula vésico-vaginale (plastie à lambeaux). Ann. de Gyn. et d'Obst. 2. S. V. p. 554. Sept.

Mayer, A., Ueber seltene Besonderheiten d. Polvicellulitis. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 247.

Mayer, August, Ueber Sterilität. [z. *Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 499. Gyn. 184.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 22 S. 75 Pf.

Melchior, Eduard, Ueber multiple peritonäale Pseudometastasen eines Ovarialdermoids. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 34.

Mériel, E., et Baudet, Fibro-myome du ligament rond (portion abdominale). Ann. de Gyn. et d'Obst. 2. S. V. p. 540. Sept.

Mittheilungen aus d. gynäkol. Klinik des Prof. Dr. *Otto Engström*. VII. 3. Berlin. S. Karger. 8. S. 169 bis 306. 4 Mk. 60 Pf.

Müller, Friedrich, The relations of female reproductive organs to internal diseases. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXII. 3. p. 313. Sept.

Nacke, Menstruatio praecox. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 34.

Nen, Maximilian, Ueber entzündl. Schleimhautwucherung mit epithelialer Nebenschichtung der Tube (adenomähnl. Neubildung b. einer nach vaginaler Totalexstirpation prolabirten Tuba). Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 3. p. 489.

Newell, Franklin S., The effect of overcivilization on maternity. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 532. Oct.

Nicoll, James, Hernia of the ovary in infants with reference specially to the operative treatment of the affection. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 203. Sept.

Nijhoff, G. C., Plastische operaties aan de vulva en de vagina. Nederl. Weekbl. II. 14.

Offergeld, Heinrich, Ovarialcarcinom b. Carcinom d. Uterus. [Würzb. Abhandl. VIII. 12.] Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). Gr. 8. 33 S. 75 Pf.

Ogata, M., Ueber Altersveränderungen des Uterus. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 228.

Oliver, James, The early relationship of the oosperm to the endometrium. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 13. p. 579. Sept.

Osweld, E., Ueber Endometritis. Med. Klin. IV. 37.

Pankow, Was lehren uns die Nachbeobachtungen von Reimplantationen d. Ovarien b. Menschen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 32.

Pankow, Die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis u. d. weiblichen Genitalerkrankungen. Med. Klin. IV. 40.

Peterson, Reuben, Preservation of the ovaries entire or in part in supravaginal or panhysterectomy. Physio. a. Surg. XXX. 6. p. 250.

Piek, L., Ueber besond. Strukturen in alten Eiertuben. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 37.

Popoff, P. H., Frauenherz u. Klimax. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 10. p. 439.

Robaudi, Stefano, Eierstock, Corpus luteum u. *Langerhans*'sche Zellinseln. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 41.

Rosenbach, Fr., Das Vaginalsarkom im frühen Kindesalter. Charité-Ann. XXXII. p. 393.

Samson, J. W., Conception u. Menstruation. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Schaller, L. F., Die Leistungsfähigkeit d. Vaporisation in d. Praxis u. ihre Grenzen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

Schauta, F., Ueber Bau, Einrichtung u. Ziele d. neuen Frauenkliniken. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 43.

Scheidemandel, F., Ueber Pyelitis b. Frauen u. ihre Beziehungen zur Menstruation. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Schroeder, E., Beseitigung einer Insufficienz des Sphincter vesicae durch Vorlagerung d. Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 35.

Schultz, Th., Grosses Bauchdeckenfibrom; plast. Operation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 41.

Schwab, Max, Die Resorptionsfähigkeit der Scheide, speciell für Tuberkulin. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 41.

Sjövall, Einar, Till kännedomen om de s. k. solide ovarialteratomer. Hygiea Festb. I. 7.

Sitzenfroy, Anton, Ueber lediglich mikroskop. nachweisbare metastat. Carcinomerkrankung der Ovarien b. primärem Magencarcinom. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 372.

Ssedowski, P. T., Zur Casuistik der Uterusperforationen mit Darmvorletzung. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 41.

Staude, C., Zur vaginalen Radikaloperation des Collumcarcinoms. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 40.

Staude, C., Die Resultate d. erweiterten vaginalen Totalexstirpation des Uterus durch doppelseit. Scheidenspaltung bei Collumcarcinom. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 37.

Stein, Arthur, Die geburtsh. u. gynäkol. Literatur in Nordamerika 1907. 3. u. 4. Quartal. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 2. 3. p. 201. 325.

Stratz, C. H., Inversio vaginae mit Enterocele nach vaginaler Uterusexstirpation; Radikaloperation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 41.

Suttner, C. N., Further studies of broad ligament plication for uterine retroversion. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 451.

Talmey, B. S., Notes on sterility in women. New York med. Record LXXIV. 8. p. 316. Aug.

Tecon, H., De l'établissement d'une fistule rénale en obstétrique et en gynécologie. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 10. p. 643. Oct.

Thellung, F., Overialcyste b. einem Mädchen von 8 J.; Stieltorsion; Achsendrehung des Uterus; Vioformvergiftung. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 15.

Thies, J., Stoinhildung b. chron. Salpingitis. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 422.

Vincent, E., 3 observations de retard prolongé des récidives et de la généralisation dans les cas de kystes mixtes des ovaires, malgré la limitation forcée des opérations d'exérèse. Ann. de Gyn. et d'Obst. 2. S. V. p. 478. Août.

Weinberg, Ein Fall von Totalexstirpation aus seltener Indikation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 41.

Williams, John T., The relation of carcinoma of the corpus uteri to fibroids. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 16. p. 465. Oct.

Winkler, Ferdinand, Die elektr. Behandl. d. Genitalerkrankungen. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 31.

Winter, G., Ueber eine brauchbare Carcinomstatistik. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 36.

Zimmermann, V., Die Bedeutung der *Pfannenstiel*'schen Fascienquerschnitte. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Zweifel, P., Die Gefahren u. d. Nutzen d. intrauterinen Injektion. Arch. f. Gynäkol. LXXXII. 2. p. 298.

S. o. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Busch. V. 2. o. *Erkrankungen d. Mamma.* IX. Baugh. XIII. 2. Colyer. XV. Leves.

VII. Geburtshülfe.

v. Alvensleben, Das Aufstehen d. Wöchnerinnen in d. ersten Tagen d. Wochenbettes. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 36.

Atkinson, T. Renell, Measles as a cause of death in the puerperium. Brit. med. Journ. Aug. 5. p. 407.

Bab, Hans, Conception, Menstruation u. Schwangerschaftsberechnung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 33.

Baisch, Karl, Zur patholog. Anatomie d. Placenta accreta. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. n. s. w. VI. p. 265.

Barnes, H. E. W., Obstetrical reminiscences. Calif. State Journ. of Med. VI. 8. p. 274. Aug.

Barrett, W. M., A normal labor. Calif. State Journ. of Med. VI. 10. p. 347. Oct.

Baumm, P., Zur Behandlung d. Nachgeburtsperiode. Med. Klin. IV. 41.

Boeker, Georg, Die Achsendrehung d. Dickderms in Bezieh. zu Schwangerschaft u. Geburt. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 2. p. 155.

Blumreich, L., Zum suprasymphysären Kaiserschnitt. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 32.

Boerma, N. J. A. F., Operatiove behandeling van septische peritonitis in het kraambed. Nederl. Weekbl. II. 8. blz. 491.

Bovis, H. de, La placentation de la femme. Semaine méd. XXVIII. 42.

Brown, H. Egerton, Puerperal insanity. Transvaal med. Journ. III. 12. p. 310. July.

Bungo, G. von, Die zunehmende Unfähigkeit d. Frauen, ihre Kinder zu stillen. Die Ursachen dieser Unfähigkeit, d. Mittel zur Verhütung. München 1909. Ernst Reinhardt. 8. 36 S. 80 Pf.

Burnier, R., Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. Gaz. des Hôp. 95. 98.

Calderon, Fernando, Obstetrics in the Philippine islands. Philippine Journ. of Sc. III. 3. p. 245. July.

Cates, H. Joseph, Painless labour in a primipera. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1272.

Churchill, James T., Report of hernia of the

ovary accompanied by strangulation in a child 5 months old. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 480.

Crowe, G. W., and W. H. Wynn, A case of streptococcic puerperal infection treated with a vaccine. Brit. med. Journ. Aug. 8.

Daela, Frnns. Zur Histologie d. Blasenmole. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 97.

Delmas et Roger, Rhumatisme blennorrhagique chez la femme enceinte. Gaz. des Hôp. 91.

Democh, I., Geburten b. alten Erstgebärenden. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 297.

Dempsey, Alexnnder, A case of missed labour. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Dienst, A., Die Pathogenese d. Eklampsie u. ihre Beziehungen zur normalen Schwangerschaft, znm Hydrops u. zur Schwangerschaftsniere. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. p. 314.

Dietachy, Rudolf, Die Geburten im Scopolamin-Dämmerschlafe. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 15.

Discussion on caesarean section versus other methods of delivery in contracted pelvis. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Dührasen, A., Der vaginale Kaiserschnitt in der Praxis. Miiuchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Ehrendorfer, E., Ein Beitrag zur traumatischen Schwangerschaftsrnptur d. hochgraviden Uterus mit Austritt d. ganzen Eies in d. Bauchhöhle. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. p. 255.

Engelmann, Fritz, Ein Beitrag zur Pathologie u. Thorapie d. chondrodystroph. Zwergbeckens. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 145.

Engelmann, Fritz, Curette u. Abortbehandlung. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 35.

Engström, Otto, Zur Kenntniss d. vorzeitigen Lösung d. normal sitzenden Placenta. Mitth. a. *Engström's* gynäkol. Klin. VII. 3. p. 169.

Esch, P., Ueber Luftembolie b. Placenta praevia, nebst Mittheilung eines Falles von Luftembolie im grossen Kreislaufe b. Placenta praevia (paradoxe Embolie). Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 39.

Essen-Möller, Elis, Bidrag till frågan om eklampsiens behandling. Hygiea Festh. II. 23.

Exchaqnet, E., Contribution à l'étude des modifications globulaires du sang dans l'infection pnerpérale. Ann. de Gynécol. et d'Obst. 2. S. V. p. 459. Août.

Eykel, R. N. M., Zeer laat obdtretendo eclampsie in het kraambed of uraemie? Nederl. Weekbl. II. 14.

Feinen, Die verschiedenen Formeu d. puerperalen Mastitis u. ihre Behandlung. Deutschu Ztschr. f. Chir. XCIV. 3 u. 4. p. 357.

Fellenberg, R. von, Znr Serumbehandlnog des Puerpemlfiobers. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Fellenberg, R. von, Ein aussergewöhnl. Fall von seknndärer Gesichtslage b. Armvorfall mit Drehung d. Gesichts nach d. Nacken. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 39.

Fellenberg, R. von, Zur Armlösung nach *A. Mueller*. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 19.

Finkler, Ueber d. Einfluss d. Ernährung auf d. Milchsekretion. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 6. p. 171.

Foulkrod, Collin, The relative severity of the different forms of the texemia of pregnancy and its bearing upon the treatment. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 541. Oct.

Friedman, L. V., Puerperal salpingitis. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 470.

Fritsch, H., Alte u. neue Geburtshülfe. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 33.

Gioelli, Pietro, Infezioni pnerperali. Arch. ital. di Gin. XI. 9. p. 313. Sett.

Góth, Lajos, Ueber d. Gefahr d. Luftembolio b. meinem Handgriffe. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 38.

Góth, Lajos, Fibroma multiplex cutis b. einer Schwangeren. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 4. p. 423.

Grad, H., Hyperemesia during the gravid state in 2 successive pregnancies. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 17. p. 788. Oct.

Grandin, Egbert H., Intrapelvio versus abdominal method of dealing with mechanical obstruction to delivery in cases of confinement. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 4. p. 154. July.

Grnssl, Zur Frage d. Fruchtfähigkeit u. d. Mutterschaft. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. V. 4. p. 498.

Grönó, Otto, Fall af primär peritoneal graviditet. Hygien Festb. II. 24.

Hammerschlag, Nochmals zur Anwendung der Abortzange. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 32.

Hananor, W., Versorgungshäuser f. Mütter u. ihre finanzielle Sicherstellnng. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

Hartmann, J., Ein Beitrag zur Aetiologie u. Therapie d. Uterusruptur. Ztschr. f. Goburtsh. u. Gynäkol. LXII. 3. p. 393.

Hartmaun, K., Ovariotomie während d. Gebnrt. Med. Klin. IV. 40.

Hegar, Alfred, Zur Verbreitung, Entstehnng u. Verhütung d. engen Beckens. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Henkel, Max, Prognose u. Behandl. d. puerperalen Infektion. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43. 44.

Herrnstadt, Victor, Ein Beitrag zur Appendicitis während der Schwangerschaft. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Herz, E., Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt in d. Dachkammer b. partieller Aussackung d. vordoren Uteruswand u. Stenose d. Cervix. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 39.

Herzl, Ludwig. Ueber d. hintere sagittale Discision d. Cervix nteri. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 3. p. 465.

Heynemann, Th., Die Bedeutung d. hämolyt. Streptokokken f. d. puerperale Infektion. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 61.

Himmelheber, Kurt, Das Ergebniss d. Blutuntersuchung in prognost. Hinsicht b. Wochenbettfieber. Mon.-Schr. f. Goburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 3. p. 300.

Hirst, Barton Cooke, and Norman Knipe, Primary implantation of an ovum in the pelvic peritoneum. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 456.

Hoehne, O., Die Erfolge u. Dauererfolge d. Hebosteotomie an d. Kieler Universitätsfrauenklinik. [*s. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 497/498. Gyn. 182. 183.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 20 S. mit 6 Tabellen. 1 Mk. 50 Pf.

Hofhaner, J., Histolog. Besonderheiten von Vagina u. Blase während d. Gravidität. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 2. p. 131.

Hofmeier, M., Zur Verhütung d. Kindbettfiebers. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Hofstetter, Hans, Schwangerschaft, complicirt mit Uteruscarcinom. Med. Klin. IV. 41.

Jaeger, Oskar, Drillingsschwangerschaft mit besonderer Berücksicht. d. Placentasitzes. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 32.

Jarzoff, A., Zur Frage über die Bauchhöhlenschwangerschuft. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 2. p. 144.

Johnstone, R. W., An unsnspected case of placenta praevia in a primigravida in the sixth month. Edinh. med. Journ. N. S. I. 3. p. 232. Sept.

Keiffer, H., Grossesse extrauterine de 5 mois, guérie par colpotomie. Belg. méd. XV. 36.

Kloinertz, F., Ueber Geburten im Scopolamin-Morphium-Dämmerschlaf. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 42.

Krönig, Scopolamino-morphine narcosis in labour. Brit. med. Jonrn. Sept. 19.

Krüger, Max, Die Gewichtsverhältnisse in der Schwangersohaft. Beitr. z. Geburtsh. n. Gynäkol. XIII. 2. p. 257.

Krng, Florian, Immediate vs. deferred operation

for intraabdominal haemorrhage due to tubal pregnancy. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 473.

Lehmann, Franz, Ueber Symphyseotomie in d. Schwangerschaft. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. p. 263.

Leicester, F. C. Holdieh, A short note on the delivery of tho foetal head after decapitation. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 478.

Leisewitz, Th., Zur Spontangeburt b. engem Becken u. zu *Baisch's* Reformen in d. Therapie d. engen Becken. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 217.

Lewers, Arthur H. N., Notes on a case in which 9 confinements were derminated variously. Lancet Oct. 24.

Lichtenstein, F., Krit. u. experiment. Studien zur Toxikologie d. Placenta, zugloich ein Beitrag gegen d. placentäre Theorie d. Eklampsieätiologie. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 2. p. 434.

Loeb, Leo, The production nf deciduomata and tho relation between the ovaries and the formation of the decidua. Proceed. of the pathol. Soo. of Philad. N. S. XI. 6. 7. p. 141.

Luchsinger, H., Ein Fall von extraperitonäalem Kaiserschnitt aach *Sellheim*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 33.

Macry, N. J., Die mechan. unblutige Erweiterung d. unteron Uterinabschnittes durch einen neuen verbesserten Concav-Metreurynter. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Marx, Hugo, Ovulation u. Schwaagerschaft in ihrer Bedeutung f. d. forens. Psychiatrie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

Martin, Ed., Zur Placenta circumvallata. Charité-Ann. XXXII. p. 435.

Michaëlis, H., Ueber d. *Guillemau-Moriceau*'schen Handgriff. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 3. p. 507.

Michel, Louis, Considérations sur l'infection puerpérale. Revue d'Obst. et de Paed. XXI. p. 275. Sept.

Mohr, L., u. R. Freund, Experiment. Beiträge zur Pathogenese d. Eklampsie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 40.

Mosoati, G., Le glycogène dans le placenta humaine. Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 135.

Much, H., u. B. Zoeppritz, Opsoninuntersnchnngen b. Puerperalerkraakungen. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 6. p. 155.

Naoke, Kritik d. prämouitor. Symptome d. Thrombose u. Embolie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 33.

Nicholson, William R., The bacteriology of the puerperal uterus. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 2. p. 255. Aug.

Oliver, James, 35 consecutive cases of extrauterine pregnancy dealt with by abdominal section without a death. Lancet Aug. 22.

Pfannenstiel, J., Ueber d. transperitonäale Sectio caesarea mittels nnteren (cervico-mesonterinen) Längsschnitts. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 40.

Pfannenstiel, J., Hebosteotomy compared with othor procedures in the management of labour in coatracted pelves. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 421.

Pistolese, Enrico, Considerazioni ostetriche intorno ad un caso di utero doppio biocrne bicolle. Arch. ital. di Gin. XI. S. p. 281. Agosto.

Pollak, Rud., Ueber Erkrankungen d. Niere in d. Gravidität. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XI. 14—19.

Purdy, James R., Management of the third stage of labonr. Brit. med. Journ. Oct. 31. p. 1369.

Queirel, Avortement; retention placentaire. Revue d'Obst. et de Paed. XXI. p. 273. Sept.

Ravano, Alberto, Placentartumor. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 1.

Roinecke, Karl, Zur Nekrose d. Myomo in d. Gravidität. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Reinecke, R., Spontanruptur d. Uterue während d. Gravidität. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 10. p. 263.

Renvall, Gerhard, Ueber Appendicitis während d. Schwangerschaft u. Geburt. Berlin. S. Karger. Gr. 8. 119 S. 4 Mk. — Mitth. a. *Engström's* gynäkol. Klin. VII. 3. p. 181.

Renss, A. von, Sehnervenleiden in Folge von Gravidität. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 31.

Reynier, Paul, Traitement de certaines formes d'iafection puerpérale par le courant continue d'oxygène. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 32. p. 223. Oct. 13.

Ribbias, P., 3 gevallen van evolntio spontanea. Nederl. Weekbl. II. 11. blz. 864.

Ricca-Barbares, E., Su di un caso di anemia a tipo aplastico in puerperio infectoso. Rif. med. LXIV. 31.

Rosinski, B., Ueber missed abortion. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 2. p. 168.

Russell, R. F., Retention of placenta dne to hourglass contraction. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1271.

Samuel, Max, Ueber Dammschutz. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 38.

Scheffzek, Die Entfernung znrückgebliebener Eihäute mit der Eihantzange. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 40.

Schickele, G., Studien zur Pathologie d. menschl. Placenta: Die retinirten Eireste u. d. sogen. Placentarpolypen. — Zur Frage d. habituellen Fruchttodes. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 198. 222.

Schönbeck, Arthur, 2 Fälle von Inversio uteri puerperalis. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 32.

Schroeder, E., Einfache Therapie b. einer Vaginofixationsgebnrt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 34.

Schultz, Th., Akut Hydramnios. Hosp.-Tid. 5. R. I. 41. 42.

Schultze, B. S., Lagerung d. gebärenden Frau, Lendenbiegsamkeit u. austreibende Kraft. Beitr. z. Gebnrtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 173.

Schultze, B. S., Zur Hebammenfrage. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 3. p. 367.

Seitz, Ludwig, Ueber d. Einfl. d. Schwerkraft auf d. Entstehung d. Schädellagen. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. 1. p. 114.

Sellheim, Hugo, Vorwöhnung u. Anpassung in d. Geburtshülfe. Med. Klin. IV. 32.

Sellheim, Hugo, Die Gefahren d. natürl. Gebnrtsbestrebungen b. Placenta praevia u. ihre Verminderung durch d. extraperitonäaleu Uterusschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 40.

Sellheim, Hugo, Der Einfluss von Asepsis u. Infektion auf d. Technik d. Entbindung durch Schnitt. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 40.

Sfameai, P., Die Placeata marginata u. ihre Entstehung. Berlin. S. Karger. Gr. 8. 70 S. mit 11 Abbild. im Text. 2 Mk. 50 Pf.

Sigwart, Die künstl. Rotation d. Kopfes b. Vorderhaupts- u. Gesichtslagen. Charité-Ann. XXXII. p. 426.

Simpson, Alexander Rnesell, Birth-shools in Egypt. Edinb. med. Jonra. N. S. I. 3. p. 198. Sept.

Sinclair, William J., On pregnancy, parturition and the puerperium after ventrifixation (hysteropexis hypogastrica). Lancet Oct. 3.

Smith, Elizabeth, and Anna Lansing, The prognostic value of the nucelar count associated with pregnancy and puerperinm. Bull. of the Lying-in Hosp. of N. Y. IV. 4. p. 131. March.

Smith, Wilberforce, A case of ruptured tubal foetation lackiag the usual symptoms. Transvaal med. Jonrn. III. 12. p. 314. Jnly.

Smithies, Frank, The paravertebral triangle dulness (*Grocco's* sign) in pregnancy. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 525. Oct.

Soer, A. F., Nog een markwaardig baringsgeschiedenis. Nederl. Weekbl. II. 17.

Soli, T., 3 cas de lacération périneale complète traités avec le procédé *Simpson-Vicarelli*. Ann. de Gyn. et de Obst. 2. S. V. p. 608. Oct.

Sondern, Frederic E., Significance of albumin-

uria in pregnancy. Bull. of the Lying-in Hosp. of New York IV. 4. p. 165. March.

Sorahji, Alice M., A case of ruptured uterus. Lancet Sept. 26.

Stern, Rob., Ueber d. Vorfall d. Nachgeburt b. normalem Sitz. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 2. p. 200.

Stoddard, T. A., The diagnosis and treatment of ectopic gestation. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 484.

Taylor, B. Stanley, A case of ectopic gestation on the Goldfields. Lancet Sept. 5.

Velden, F. von den, Zahl u. Intervall d. Geburten in ihrer Bezieh. zur Gesundheit. Ztschr. f. Versich.-Med. I. 4. p. 83.

Walker, T. Edgar, Intrauterine death; hydrocephalic foetus. Brit. med. Journ. Sept. 26. p. 921.

Wanner, Présentation transversale et malformations congénitales du foetus chez une primipare. Revue d'Obst. et de Paed. XXI. p. 252. Août.

Wanenius, H., Om förtidig aflossning af normalt belägen placenta. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 187. Sept.

Weibel, W., Ausgetragene Gvnrialschwangerschaft mit Ausgang in Lithopädionbildung. Arch. f. Gynäkol. LXXXVI. I. p. 210.

Weigelin, S., Sehnervenerkrankung b. Schwangerschaft. Arch. f. Augenhkde. LXI. 1. p. 1.

Weischer, Alfred. Cirkulärer Abriss d. Vagina am Introitus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 34.

Welch, J. E., Post-partum bacteriaemia. Bull. of the Lying-in Hosp. of New York IV. 4. p. 152. March.

Wering, R. van, Een geval van dubbelzijdige pyelo-nephritis bij een zwangere. Nederl. Weekbl. II. 10. blz. 806.

Wettergren, Karl, Precervikalt uterinmyom hos en gravida, exstirperadt genom *Pfannenstiel's* suprasymfysära fascietvärsnitt. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 617.

Wettergren, Karl, Intraligamentärt brusten tubargravidität med ymnig retroperitoneal blödning. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 651.

Wettergren, Karl, Pyelitis under graviditet. Hygiea 2. F. VIII. 7. 8. s. 779.

Wiemer, W. T., Die Decapsulatio renum nach *Edebohl's* in d. Behandlung d. Eklampsie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 3. p. 321.

Wiemer, W. T., Eine Indikation f. d. suprasymphysären Kaiserschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 39.

Zander, Paul, Wie viele unter 1000 Wöchnerinnen sind unfähig zu stillen u. welches sind d. Ursachen? Wien. klin. Rundschau XXII. 41. 42. 43.

Zangemeister, W., Experiment. Beitrag zur operativen Behandl. d. puerperalen Peritonitis. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXII. 3. p. 510.

Zangemeister, W., Mechanik u. Therapie d. in d. Austreibungsperiode befindl. Querlagen (verschleppte Querlagen). Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 40 S. mit 9 Abbild. 3 Mk.

Zickel, Georg, Ein neuer Handgriff zur Behandl. d. aten. Nachblutungen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 34.

Zurhelle, Zur Thrombosenprophylaxe. Gynäkol. Centr.-Bl. XXXII. 43.

S. a. I. Engel. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Looh. IV. 8. Bailey; 9. Offergeld. V. 2. c. *Erkrankungen d. Mamma.* VIII. Jaschke. IX. Follner. XIII. 2. Jeannin, Joynes, Mangingalli; 3. Glaser. XVI. Schröder. XX. Stark.

VIII. Krankheiten der Kinder.

Aron, Hans, Kalkbedarf u. Kalkaufnahme b. Säugling u. d. Bedeutung d. Kalkes f. d. Aetiologie d. Rhachitis. Biochem. Ztschr. XII. 1. p. 28.

Banmann, E. P., The effect of altitude upon school children. Transvaal med. Journ. III. 12. p. 318. July.

Blattner, Eugen, Ueber ein neues Hautphänomen b. Säuglingen. Wien. klin. Rundschau XXII. 37. 38.

Brugsch, Theodor, u. Alfred Schittenhelm, Zur Frage d. Harnsäureinfarktes d. Neugeborenen. Ztschr. f. experim. Pathol. u. Ther. V. 2. p. 405.

Cautley, Edmund, On anomalous pyrexia in children. Lancet Sept. 12.

Cooley, Thomas B., Present tendencies in the management of infant feeding. Physic. a. Surg. XXX. 6. p. 241.

Cordier, E., Un enfant né avant terme de 1350 g, guéri de diarrhée et presenté en cuveuse portative. Presse méd. belge LX. 28.

Deboyre, A., Quelques règles qui doivent présider au choix des enfants de colonies de vacances à la mer. Echo méd. du Nord XII. 39.

Diphtherie s. IV. 2. *Berlin, Fackenheim, Hider, Langgaard, Melke-epidemien, Petruschky, Saar, Strain, Szontagh;* 8. *Feilchenfeld.* V. 2. a. *Lotsch.* XI. *Wolff.* XIII. 2. *Büllmann.* XIII. *Dehn.*

Discussion on infant mortality. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Discussion on teething and its alleged troubles. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Edwards, A. D., The future of the ailing poor-law child. Brit. med. Journ. Oct. 27.

Esch, P., Zur Klinik d. Sclerema neonatorum. Gyn. Centr.-Bl. XXXII. 31.

Eschle, Die Anfänge einer Erziehung zu geist. u. körperl. Gesundheit während d. I. Lebensjahres. Fortschr. d. Med. XXVI. 21. p. 641.

Fischl, Rudolf, Therapie d. Kinderkrankheiten. Berlin. Fischer's med. Buchh. (H. Kornfeld). Gr. 8. X u. 478 S. 6 Mk.

Geisinger, Josef, Ueber d. Behandl. d. Darmkatarrhe d. Säuglingsalters. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 35.

Glover, V. J., Epidemic infantile diarrhoea. Lancet Sept. 5.

Göppert, F., Der Kardiospasmus eine Ursache d. habituellen Erbrechens d. Säuglinge. Therapeut. Monatsh. XXII. 8. p. 390.

Goetz, Max, Zur Behandl. d. Sommerdurchfälle d. Kinder. Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Goetz, Max, u. Robert Bing, Zur Behandl. d. Sommerdurchfälle d. Kinder. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Goffeye, Fritz, Die Tagesschwankungen der Körpertemperatur b. gesunden u. kranken Säugling. Jahrb. f. Kinderhkde. 3. F. XVIII. 2. p. 131.

Gorter, E., Indoxylurie bij kinderen. Nederl. Weekbl. II. 15.

Graanholm, Onni, De fysiska förhållandena vid späda barns vård. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 167. Aug.

Henneborg, Henry, Un nouveau cas d'ichthyose foetale. Ann. de Gyn. et d'Obst. 2. S. V. p. 545. Sept.

Heubner, O., Zur Casuistik d. Leberaffektionen im Kindesalter. Charité-Ann. XXXII. p. 81.

Jaschke, Rud. Th., Die Bedeutung d. Selbststillens im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 2. 3. p. 172. 257.

Jones, H. E., Infantile mortality. Glasgow med. Journ. LXX. 3. p. 202. Sept.

Keller, Arthur, 80. Vers. deutscher Naturforscher u. Aerzte. Arch. f. Kinderhkde. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43. Ver.-Ber.

Keuchhusten s. IV. *Arnheim, Cassidy, Crombil, Fear, Fraenkel, Kaupe, Klimenko.* XIII. 2. *Friedmann.*

King, W. W., Generalised oedema of the foetus. Lancet Aug. 22.

Knoepfelmacher, Wilhelm, Ueber Paradysenterie u. gleichartige Erkrankungen d. Kindesalters. Med. Klin. IV. 34.

Kosmak, Geo. W., Gangrene of the extremities

in the new-born. Bull. of the Lying-in Hosp. of N. Y. IV. 4. p. 124. March.

Klotz, Max, Die Säuglingsernährung mit Yoghurtmilch. Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XII. 5. p. 261.

Lissmann, P., Verblutungstod neugeb. Kinder. Wien. klin. Rundschau XXII. 41. 42.

Luukonen, E., Ett fall af melaena neonatorum. Finska läkaresällsk handl. L. s. 197. Sept.

Margain, L., Contribution à l'étude de la flore microbienne intestinale du nourrisson. Revue de Méd. XXVIII. 10. p. 930.

Masern s. IV. 2. *Deyle, Friedjung, Mason.* VII. *Atkinson.*

Mendelsson, Otto, Die Behandl. d. Säuglingsekzems nach *Finkelstein.* Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42.

Mettler, E., Zur Therapie d. Melaena neonatorum. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 15.

Meyer, Ludwig F., Zur Kenntniss d. Mineralstoffwechsels im Säuglingsalter. Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. p. 422.

Moon, Robert Oswald, The prognosis of infantile convulsion. Brit. med. Journ. Oct. 17.

Moro, Ernst, Carottensuppe b. Ernährungsstörungen d. Säuglinge. Münchn. med. Wchnschr. LV. 31.

Oeri jun., R., Beiträge zur chirurg. Behandlung Neugeborener. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII. 2. p. 309.

Pfannenstiel, J., Ueber d. habituellen Icterus gravis d. Neugeborenen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42. 43.

Pinard, Adolph, De la puériculture. Revue d'Obst. et de Paed. XXI. p. 209. 291. Juillet, Août.

Schaps, L., Salz- u. Zuckerinfusionen b. Säugling. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 33.

Scharlachfieber s. IV. 2. *Boas, Cameron, Gamaleia, Hoepner, Killian, Meier, Milne, Much, Reysing, Rubens, Saar, Schleissner, Seligmann, Zeissler;* 8. *Rolleston.* V. 1. *Kredel.* X. 1. *Nager.*

Schlossmann, Arthur, Ueber d. Fortschritte in unseren Kenntnissen auf d. Gebiete d. Säuglingskrankheiten. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 40.

Schulz, C., Die Riga'sche Krankheit. [Geschwulst auf d. Zungenbändchen d. Säuglinge.] Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIX. 2. p. 249.

Scudder, Charles L., Stenosis of the pylorus in infancy. Briton med. a. surg. Journ. CLIX. 6. p. 167. Aug.

Siegert, F., Der Eiweissbedarf des Kindes. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 489.

Swindale, John Aston, Tracheal insufflation in new born infante. Brit. med. Journ. Oct. 10. p. 1104.

Tugendreich, Gustav, Ueber d. Bewerthung der d. Säuglingssterblichkeit bedingenden Ursache. Arch. f. Kinderhkde. XLVIII. 5 u. 6. p. 390.

Variot, G., L'accroissement statural et l'accroissement pondéral chez le nouveau-né. Presse méd. belge. LX. 35

Vries, P. de, De couveuse in de gewone praktijk. Nederl. Weekbl. II. 7.

Weiss, Siegfried, Die öffentl. Säuglingsfürsorge im deutschen Reiche. Wien. klin. Rundschau XXII. 36. 37. 38.

Widmark, Johan, Om spada barns uppfödning och af näring beroende sjukdomar. Hygiea 2. R. VIII. 6. s. 761.

Ziegenspeck, Robert, Kleine Verbesserungen der *Schultze*'schen Schwingungen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Philipp. IV. 2. Baginsky, Ellenbeck, Gewin, Heymann, Monti, Oppenheimer, Puddicombe; 3. Dunlop, Mouriquand; 4. Poynton, Voith; 5. Kloss, Venulte, Vincent; 6. Carpenter; 8. Babonneix, Hellor, Pexa, Siegert, Vogt, Weyl; 9. Cordier, Hunaeus, Schelble; 10. Bunch, Joseph, Tièche; 11. Hamm; Knoepfelmacher. V. 1. Köhler; 2. a. Heath, Kansch; 2. c. Bowen, Carlson, Cordier; 2. d. Portner; 2. e. Clarke, Haylund, Haldenwang. VI. Rosenbach. IX. Marcus. X. Bradbury, De Ridder, Gilbert, Hellendall, Hecht. XV. *Milchwirthschaft.* Sartorius. XVI. Rühs.

IX. Psychiatrie.

Abraham, Karl, Die psychosexuellen Differenzen d. Hysterie u. d. Dementia praecox. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 14. p. 521. Juli.

Alt, Die Heilungsaussichten in d. Irrenanstalt. Neurol. Centr.-Bl. XXVII. 15.

Aschaffenburg, G., Künstl. Gehörtäuschungen b. Delirium tremens. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Bancroft, C. P., Reception hospitals and psychopathic wards in State hospitals for the insane. Amer. Journ. of Insan. LXI. 1. p. 63. July.

Bancroft, Charles P., Hopeful and discouraging aspects of the psychiatric outlook. Amer. Journ. of Insan. LXV. 1. p. 1. July.

Baugh, Leonard D. H., Vera and presenilis melancholia at the female climacteric. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Bockley, C. C., Some border-line cases of mental deficiency. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 8. p. 238. Aug.

Benon, R., Les ictus amnésiques dans la paralysie générale. Gaz. des Hôp. 112.

Birnbaum, Hugo, Ueber Geistesstörungen b. Gehirnsyphilis. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 3. p. 340.

Birnbaum, Karl, Ueber vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 17. p. 637. Sept.

Bleuler, E., u. C. G. Jung, Complexe u. Krankheitsursachen b. Dementia praecox. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 6. p. 220. März.

Bullard, W. N., The high-grade mental defectives. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 8. p. 240. Aug.

Döblin, Zur perniciös verlaufenden Melancholie. Allg. Ztschr. f. Psychol. LXV. 3. p. 361.

Chotzen, F., Die Lumbalpunktion in d. psychiatr. Diagnostik. Med. Klin. IV. 32. 33.

Clérambault, G. G. de, Notes sur le régime des aliénés en Angleterre. Ann. méd.-psychol. 9. S. VIII. p. 257. Sept. et Oct.

Damaye, Henri, Considérations thérapeutiques sur les troubles mentaux d'origine toxique. La médication iodée. Echo méd. du Nord XII. 32.

Dannemann, Ein bad. Gesetz betr. d. Irrenfürsorge. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Discussion on hospital treatment in incipient insanity. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Farrar, Clarence B., Some origins in psychiatry. Amer. Journ. of Insan. LXI. 1. p. 83. July.

Fellner, Otfried O., Ueber Graviditätspsychosen. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 9. p. 416.

Fragola, Vincenzo, Il segno di *Onenoff* nei dementi precoci. Rif. med. XXIV. 32.

Frederström, Harald, Den kliniske psykologien. Hygiea Festb. I. 18.

Fritzsch, Die Behandl. geisteskrankor u. d. Psychose verdächtiger Untersuchungssträflinge. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 40.

Gerlach, Ein Fall von Fahnenflucht im hyster. Dämmerzustande. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 4. p. 640.

Giraud, A., Le XVIIIe. congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. Ann. méd.-psychol. 9. S. VIII. 2. p. 177. Sept. et Oct.

Goldstein, Kurt, Zur Theorie d. Hallucinationen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 3. p. 1036.

Halbey, Kurt, Ueber d. Symptom d. Gedankensichtbarwerdens. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 3. p. 307.

Digitized by Google

Hartigan, J. W., Traumatic insanity. New York a. Philad. med. Jonrn. LXXXVIII. 16. p. 743. Oct.

Hurd, Henry M., Psychiatry as a part of preventive medicine. Amer. Jonrn. of Insan. LXI. 1. p. 17. July.

Jahrmärker, M., Endzustände d. Dementia praecox. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 13. p. 489. Juli.

Jelliffe, Smyth Ely, The alcoholic psychoses. New York a. Philad. med. Journ. LXXVIII. 17. p. 769. Oct.

Imboden, K., Ein Beitrag znr Frage d. Combination d. manisch depressiven Irreseins mit d. Hysterie. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 5. p. 731.

Jolly, Ph., Zur Statistik d. Aetiologie u. Symptomatologie d. progress. Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 3. p. 959.

Junius, Paul, u. Max Arndt, Beiträge znr Statistik, Aetiologie u. pathol. Anatomie d. allg. Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 3. p. 971.

Kauffmann, Max, Beiträge zur Pathologie d. Stoffwechsels d. Psychosen. II. Die Epilepsie. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 199 S. mit 6 Curventaf. im Text. 6 Mk.

Kleyman, Les douchoboris (combattants pour l'âme). Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 3. p. 243. Mai—Juin.

Knapp, Philip Coomhs, The psychopathic hospital and psychiatrical and neurological ward. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 9. p. 259. Aug.

Knapp, Philip Coombs, Confusional insanity and dementia praecox. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 10. p. 609. Oct.

Köppen, M., u. Arnold Kutzinski, Ueber Schwankungen d. geist. Leistungsfähigkeit in Dämmerzuständen. Charité-Ann. XXXIII. 161.

Kohnstamm, Oscar, Beziehungen zwischen Zwangsneurose u. Katatonie. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 19. p. 709. Oct.

Kraepelin, Emil, Zur Entartungsfrage. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 20. p. 745.

Lagriffe, Lucien, *Guy de Maupassant*, étude do psychologie pathologiquo. Ann. méd.-psychol. 9. S. VIII. 2. p. 203. Sept. et Oct.

Laignel-Lavastine, Les troubles psychiques dans les syndromes thyroïdiens. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 3. p. 204. Mai—Juin.

Löwenstein, Kurt, Beitrag zur Differentialdiagnose d. kataton. u. hyster. Stupors. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 5. p. 790.

Löwy, Max, Das Krankheitsbild d. überwerthigen Idee n. d. chron. Paranoia. Lotos LVI. 5.

Marcus, Henry, Ett fall af infantil paralysie générale. Hygiea Festb. II. 40.

Meyer, Adolph, The rôle of the mental factors in psychiatry. Amer. Journ. of Insan. LXI. 1. p. 39. July.

Morawczik, Ernst Emil, Rascher Wechsel expansiver u. depressiver Zustandsbilder in einem Falle progress. Paralyse. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 11. p. 409. Juni.

Müller, Christian, Congenitale Lues u. progress. Paralyse. Münchn. med. Wohnschr. LV. 38.

Neil, James, On the examination and certification of mental patients. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Obersteiner, Heinrich, Trauma u. Psychose. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 40.

O'Brien, John D., Experimental observations into the etiology and treatment of paresis. Amer. Jonrn. of Insan. LXI. 1. p. 77. July.

Oppenheim, Gustav, Plasmazellenbefunde im Rückenmark b. progress. Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 3. p. 938.

Palin, W., Some statistical points in connexion with the study of inheritance of insanity. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Petrén, Alfred, Ueber Spätheilung von Psychosen. Nord. med. ark. Afd. II. 3. F. VIII. 1. Nr. 3.

Pferadorff, Der Rededrang im manisch-depressiven Irresein (spec. d. dislogisirende Manie). Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 6. p. 209. März.

Pilcz, Ueber Aenderungen d. klin. Bildes d. progress. Paralyse im Laufe d. letzten Decennien. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 40.

Prince, Mortou, The desirability of instruction in psychopathology. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 16. p. 497. Oct.

Raviart, G.; Breton; G. Petit; Gayet et Cannac, Réaction de *Wassermann* et aliénation mentale. Revue de Méd. XXVIII. 9. p. 840.

Rehm, Ernst, Ueber d. künftige Ausgestaltung d. Irrenfürsorge in Bayern. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 16. p. 601. Aug.

Risch, Ueber d. Verwechslung von Denksperrung mit angeb. Intelligenzdefekt b. d. Haftpsychose. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 7. p. 249. April.

Risch, Bernhard, Ueber d. phantast. Form. d. degenerativen Irreseins (Pseudologia phantastica). Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 4. p. 576.

Seiffer, W., Die Stupidität (Dementia acuta). Charité-Ann. XXXII. p. 131.

Snell, Otto, Bericht über d. psychiatr. Literatur im J. 1907. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV.

Specht, Gustav, Ueber d. Struktur u. klin. Stellung d. Melancholia agitata. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 12. p. 449. Juni.

Stockton, Geo., Hydrotherapy in the treatment of insane. New York med. Record LXXIV. 15. p. 612. Oct.

Thomsen, R., Wahnbildung u. Paranoia. Med. Klin. IV. 35.

Tobias, Ernst, 2. Jahresversamml. d. Gesellschaft deutscher Irrenärzte. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 41. 42.

Tomaschny, Der Kopfschmerz b. d. Dementia praecox. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 5. p. 778.

Vogt, Heinrich. Beitrag znr diagnost. Abgrenzung bestimmter Idiotieformen (weitere Fälle von tuberöser Sklerose). Münchn. med. Wchnschr. LV. 39.

Voss, Zur Aetiologie d. Dämmerzustände. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 18. p. 678. Sept.

Wassermayer, Delirium tremens. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 3. p. 861.

White, William A., Expert testimony and the alienist. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 4. p. 150. July.

Wieg-Wiekenthal, Zur Klinik d. Dementia praecox. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 121 S. 3 Mk.

Wilmanns, Karl, Der Fall Hartlick. Hystor. Gefängnisspsychose; period. endogene Verstimmungen mit Ophthalmoplegia interna hysterica u. hyster. Fieber). Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 1. 2. 3. Jan., Febr.

Zablocka, Marie Emma, Znr Prognosestellung b. d. Dementia praecox. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 3. p. 318.

Ziehen, Th., Zur Lehre von d. psychopath. Constitutionen. Charité-Ann. XXXII. p. 113.

Zweig, A., Dementia praecox jenseits d. 30. Lebensjahres. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XLIV. 3. p. 1015.

Zweig, A., Znr Lehre von d. Amentia. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 5. p. 709.

S. a. II. *Psychologie.* IV. 2. Nattan; 8. *Hysterie, Congrès,* Stertz. VII. Brown, Mars. XVI. Bonle, Cramer. Näcke, Sartorius, Schönfeld, Sommer, Tóbber. XVIII. Dexler. XX. Jelliffe.

X. Augenheilkunde.

Ammann, E., Neues Heilverfahren b. Herpes corneae febrilis. Arch. f. Augenhkde. LXI. 2 u. 3. p. 194.

Baillisrt, P., L'opération de la cataracte à travers les âges. Bull. de Thér. CLVII. 8. p. 306. Août 30.

Bailliart, Traitement des hémorragies intra-oculaires. Bull. de Thér. CLVI. 12. p. 475. Sept. 30.

Bailliart, P., La sérothérapie en ophthalmologie. Bull. de Thér. CLVI. 14. p. 544. Oct. 15.

Bericht, system. über d. Leistungen u. Fortschritte d. Augenheilkunde im 2. u. 4. Quartal 1907. Arch. f. Augenhkde. LXI. 1—4. p. 247. 267. 305.

Bortarelli, E., u. E. Cecchetto, Beitrag zur Aetiologie d. Trachoms. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Best, Kurzsichtigkeit u. ihre Verhütung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Best, F., Die Ausdehnung d. pupillometrisch wirksamen Bezirks d. Netzhaut. Arch. f. Augenhkde. LXI. 4. p. 319.

Bordley, James. A family of hemeralopes. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 210. p. 278. Sept.

Botteri, A., Idiopath. Iridochorioideiitis unter d. Bilde einer sympathisirenden Entzündung. Arch. f. Ophthalmol. LXIX. 1. p. 172.

Brudbury, A. Alison, Testing the vision in school children. Lancet Sept. 19.

Brav, Aaron, The rational treatment of blepharitis. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 8. p. 544. Aug.

Bnstorff, A., Resultatet af det enkla glaukomets behandling vid oftalmologiska kliniken i Helsingfors under årcu 1874—1907. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 127. Aug.

Cnhannes, Etude sur les kystes séreux acquis de la conjonctive. Ann. d'Oculist. CXL. 2. p. 81. Août.

Callan, Lewis White, Complete congeuital opacities of both corneae. Bull. of the Lynig. in Hosp. of N. Y. IV. 4. p. 148. March.

Chenay, Frederick E., The immediate treatment demanded in certain of the more serious ocular conditions. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 7. p. 201. Aug.

Crzellitzor, Stammbaum einer Staarfamilie, nebst methodolog. Bemerkungen uber d. Darstellung von Stammödemen f. med.-biol. Zwecke. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Cuperus, N. J., Uober sogen. recidivirendo Erosio corneae. Arch. f. Augenhkde. LXI. 1. p. 26.

Czermak, Wilhelm, Die augenarztl. Operationen. 2. Aufl., herausgeg. von *Anton Elschnig*. II. Band. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. X u. 718 S. mit 83 Abbild. 25 Mk.

Demicheri, L., Examen anatomiqne d'un oeil glaucomateux opéré par l'iridosclérotomie. Ann. d'Oculist. CXL. 3. p. 175. Sept.

De Ridder, L'inspection oculaire dans les écoles de la ville de Bruxelles. Ann. d'Oculist. CXL. 1 p. 27. Juillet. — Presse méd. belge LX. 33.

Di Santo, C., Die Darstellung d. Trachomkörperchen im Schnitt u. in d. Tiefe d. Gowebes. Arch. f. Augenhkde. LXI. 4. p. 387.

Diacnssion on the serum therapy in relation to diseases of the eyo. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Discuasion on the relation of disease of the accessory nasal sinuses to diseases of the eye. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Dnnn, H. Percy, On traumatic exophthalmos. Lancet Aug. 15.

Dnnton jr., William Rush, Mental state of the blind. Amer. Journ. of Insan. LXI. 1. p. 103. July.

Dntoit, A., Ein Fall von schwerer Verbrühung d. Hornhaut. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 19.

Edmnnd-Jensen, Retino-Chorioideitis juxtapapillaris. Arch. f. Ophthalmol. LXIX. 1. p. 41.

Engelbrecht, Kurt, Klin. Beitrag zu d. seltenen Irisanomalien. Arch. f. Augenhkde. LXI. 4. p. 390.

Fage, Tuberculose secoodaire de la coojonctive Ann. d'Oculist. CXL. 1. p. 22. Juillet.

Fava, Attilio, Recherches sur la microbiologie et la parasitologie des cils. Ann. d'Oculist. CXL. 2. p. 94. Août.

Feilchenfeld, Wilhelm, Einiges über d. neuere Therapie d. Glaukoms. Med. Klin. IV. 41.

Frachtmann, Heinrich, Truppen- u. spitalärztl. Beobachtungen über Trachom u. Follikularkatarrh. Militärarzt XLII. 20.

Fuchs, E., Glaucoma as a consequence of leucoma adhaerens. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Goisler u. Wick, Statistik u. Praxis d. Staaroperationen. Arch. f. Augenhkde. LXI. 2 u. 3. p. 198.

Gérard, Georges, Sécrétion lacrymale et larmoiement. Écho méd. du Nord XII. 33.

Gérard, Georges, Cathétérisme permanent; infiltration et massage du sac dans les affections chroniques des voies lacrymales. Echo méd. du Nord XII. 37.

Gilbert, W., Ueber Behandlung d. Blennorrhoea neonatorum mit Rinderserum. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Gilbert, W., Pannua degenerativus u. Keratitis bullosa. Arch. f. Ophthalmol. LXIX. 1. p. 1.

Gonin, J., L'ophthalmie des neiges (Ophthalmia nivalis). Ann. d'Oculist. CXL. 3. p. 161. Sept.

Graefe-Saemisch, Handbuch der gesammten Augenheilkunde, herausgeg. von *Theodor Saemisch*. 2. Aufl. 146. u 147. Lief. II. Theil. IX. Bd. 14. Capitel. Leipzig. Wilhelm Engelmann. Gr. 8. S. 241—384. 6 Mk.

Greeff, R., Jahresbericht d. Augenklinik u. -Poliklinik vom 1. April 1906 bis 31. März 1907. Charité-Ann. XXXII. p. 437.

Guillery, Die Bedeutung d. Anaesthetica f. d. Behandlung der durch Aetzgifte entstandenen Hornhauttrübung. Arch. f. Augenhkde. LXI. 1. p. 38.

Gullstrand, Allvan, Om afbilldinga i ögat. Hygiea Festh. II. 25.

Guttmann, Alfred, Untersuchnngen über Farbenschwäche. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XIII. 3. p. 199.

Hamhnrgor, Josef, Das Trachom u. seine Heilung. Militärarzt XLII. 19.

Hellendall, H., Zur obligator. Credéisirung der Neugeborenen. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 3. p. 283.

Hellendall, Hugo, Resultate mit meinem neuen Verfahren d. Credéisirung d. Neugeborenen in d. Anstalts- u. Hebammenpraxis. Med. Klin. IV. 42.

Benderson, Thomson, Anatomical factors in the pathogenesis of glaucoma. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Hertel, E., Untersuchungen über d. elektr. Leitfähigkeit d. Auges. Arch. f. Ophthalmol. LXIX. 1. p. 126.

Hess, C., Ueber Blaublindheit durch Golhfärbung d. Linse. Arch. f. Augenhkde. LXI. 1. p. 29.

Hess, C., Untersuchungen zur Physiologie u. Pathologie d. Pupillenspiels. Med. Klin. IV. 32.

Heasberg, Richard, Ein weiterer Fall von Augenerkrankung mit einem künstlichen Düngemittel. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

v. Heuss, 35. Zusammenkunft d. ophthalmol. Gesellsch. in Heidelberg. Munchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Hippel, A. v., Der gegenwärt. Stand d. Pneumokokkenserumtherapie d. Ulcus serpens. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42.

Holt, S., et E. Söderlindh, Du diagnostic du scotome central pour les couleurs à l'aide de trois objects identiques simultanés. Ann. d'Oculist. CXL. 3. p. 169. Sept.

Jaokson, Edward, Suggestions of the pupil in general disease. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 556. Oct.

Krusius, F., Zur Analyse u. Messung d. Fusionsbreite. Arch. f. Augenhkde. LXI. 2 u. 3. p. 204.

Kuhnt, Hermann, Ueber d. Beziehungen d. Erkrankungen d. Nase, ihrer Nebenhöhlen u. d. Nasenrachenraumes zu denen d. Anges. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37. 38.

Lafon, Le tuberculome epibulbaire. Ann. d'Oculist. CXL. 2. p. 108. Août.

Leber, A., Ueber Trypanosomentoxine u. trypanotox. Keratitis parenchymatosa. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43.

Lechner, C. S., Pigmentatio papillae nervi optici. Nederl. Weekbl. II. 10.

Lesser, Henry R., A keratoplasty. New York med. Record LXXIV. 11. p. 447. Sept.

Levinsohn, Georg, Znr Entstehnng d. Glaukoma. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42.

Löhlein, Walther, Ueber angeb. Thränensackfisteln. Arch. f. Augenhkde. LXI. 2 u. 3. p. 185.

Loeser, L., Ueber Blepharochalasis u. ihre Bezieh. zu verwandten Krankheitsbildern. Arch. f. Augenhkde. LXI. 2 u. 3. p. 252.

Mc Connell, Guthrie, and Rudolph Barmann, Report of a case of melano-sarcoma of the orbit. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 4. p. 108. July.

Magnard, F. P., Seasonal prevalence of akuto glaucoma in India. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Mellinger, C., Eine neue Verwerthung d. Elektromagnetismus znr Entfernung von Eisensplittern aus d. Innern d. Auges. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 148.

Merz, Weigandt, Veränderungen d. Auges b. Nierenerkrankungen u. Arteriosklerose. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 32.

Morax, Manifestations oculaires dans la trypanosomiase humaine. Ann. d'Oculist. CXL. 1. p. 39. Juillet.

Ohmann, Martin, Ueber eine ophthalmolog. interessante Beobachtung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XLIII. 3. p. 241.

Oishi, S., Hämatom beider Sehnervenscheiden b. Diabetes u. b. Schädelfraktur. Arch. f. Augenhkde. LXI. 1. p. 17.

Oppenheimer, Ankyloblepharon filiforme adnatum. Arch. f. Augenhkde. LXI. 2 u. 3. p. 262.

Oppenheimer, E. H., Ein eigenartiger Fall von *Parinaud*'scher Conjunctivitis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Paunz, Marc, Ueber d. rhinogene Sehnervenentzündung. Arch. f. Augenhkde. LXI. 4. p. 369.

Pergens, Ed., Recherches sur l'acuité visuelle. Ann. d'Oculist. CXL. 3. p. 188. Sept.

Place, Ralph Waldo, Examination of 100 eye cases. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 7. p. 210. Aug.

Possek, Rigobert, Die Theorien über d. Entstehung d. Alterskatarakt. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 34.

Reclus, Paul, Sur une observation d'nn oxophthalmos pulsatile. Gaz. des Hôp. 85.

Reuss, A. v., Die Sehleistnng d. Hypermetropen. Arch. f. Ophthalmol. LXIX. 1. p. 106.

Römer, Paul, Der gegenwärt. Stand d. Pneumococcusserumtherapie d. Ulcus serpens. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Roy, Fibroma calcifiant de l'orbite. Ann. d'Oculist. CXL. 1. p. 33. Juillet.

Rupp, Adolf, 2 Fälle von Bulbusruptur mit subconjunctivaler Linsenluxation u. Herausschleuderung d. Linse aus d. Auge. Wien. klin. Rundschau XXII. 35. 36. 37.

Sauvineau, Echelle centésimale paur la mensnration du sens chromatique. Ann. d'Oculist. CXL. 1. p. 13. Juillet.

Sauvinean et Morax, Un nouvean cas de kératite lépreuse. Ann. d'Oculist. CXL. 2. p. 132. Août.

Schanz, Fritz, u. Karl Stockhausen, Wie schützen wir unsere Augen vor d. Einwirkung d. ultravioletten Strahlen unserer Lichtquellen? Arch. f. Ophthalmol. LXIX. 1. p. 49.

Senkpiel, Ueber einen Fall von jugendl. Paralyse, mit besond. Berücksicht. d. Aetiologie. Fortschr. d. Med. XXVI. 26. p. 817.

Smith, Henry, The treatment of immature cataract. Lancet Aug. 15.

Stephenson, Sydney, On interstitial keratitis. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Teutschlaendor, O., Ueber d. durch Raupenhaare verursachten Erkrankungen. Arch. f. Augenhkde. LXI. 2 u. 3. p. 117.

Tourneux, J. P., Etude d'un oeil atrophié par syphilôme uveal. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IX. 8. 9. p. 513.

Treutler, Ein atyp. Fall von centralem Skotom. Arch. f. Augenhkde. LXI. 4. p. 360.

Tronsseau, Opbthalmie sympathique après ablation du segment antérieur. Ann. d'Oculist. CXL. 1. p. 45. Juillet.

Valude, E., A propos de l'opération de *Lagrange*. Ann. d'Oculist. CXL. 3. p. 182. Sept.

Widmark, Johan, Ett fall af dobbelsidig näthinneaflösning gående till hälsa. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 681.

Widmark, Johan, 3 fall af toxisk amblyopi med ovanlig etiologi. Hygiea Festb II. 22.

Wintersteiner, H., Ueber Irissarkom u. Irisendotheliom. Arch. f. Ophthalmol. LXIX. 1. p. 75.

Wölfflin, E., Untersuchungen über d. Formsinn d. Blinden. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [II. Sinnesphysiol.] XLIII. 3. p. 187.

Wolff, L. K., Een geval van vaccinia van de oogleden. Nederl. Weekbl. II. 9. blz. 738.

Zeemnn, W. P. C., Over hyalino en amyloide ontaarting van het bindvlies. Nederl. Weekbl. II. 14.

Ziem, C., Ueber d. Resektion d. Vorderhälfte d. Augapfels nach Verletzungen. Med. Klin. IV. 31.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Lindahl. IV. 2. Appleman, Aubineau, Boral, Christian, Fabian, Fereira, Gläser, Hans, Mannheimer, Schütz, Trerotoli; 6. Cushing; 8. *Basedow'sche Krankheit, neurol. Augenleiden,* Demicherie, Knauer, Rodiet; 11. Russel. XIII. 2. Herford, Messmer.

XI. Specielle Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes u. Rachens.

Adam, James, The nature and treatment of atrophic rhinitis. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Alexander, G., u. G. W. Mackonzie, Funktionsprüfungen d. Gehörs an Taubstummen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 6.

Bar, L., Un cas de tuberculose primitive du larynx. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 494.

Barth, Ernst, Zur Aetiologie u. Behandl. der Sängerknötchen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 33.

Baumgarten, Egmont. Kehlkopf- u. Oesophagus-Stenose n. ihr Einfluss anf d. Geschlechtsorgane. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 31.

Benjamins, C. E., Ein Fall von doppelseit. Nekrose d. ganzen Gehörorganes mit tödtl. Ausgang in Folge von Blutung aus einem Aneurysma der Art. carotis interna. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 3 u. 4. p. 239.

Benjamins, C. E., 2 gevallen van arsenik-nekrose van het gehoororganen door inblazing van warangangpoeder. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLIII. 4. blz. 528.

Bezold, 3 plast. Modelle d. menschl. Gehörorganes. Arch. f. Ohrenhkde. LXXI. 3 u. 4. p. 262.

Bourack, S. M., Principes fondamentaux dans le traitement de la tuberculose laryngée. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 454.

Brownell, A. H., The surgical treatment of tonsils and adenoids. Albany med. Ann. XXIX. 9. p. 742. Sept.

Brünings, Beiträge zur submukösen Septumresektion. Verh. d. Ver. deutscher Laryngol. p. 37.

Bryant, W. Sohier, Middle ear suppuration. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 16. p. 727. Oct.

Clark, J. Payson, Results in adenoid and tonsil operations. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 13. p. 403. Sept.

Digitized by Google

Dahmer, R., Aurztl. Obergutachten aus der Praxis eines Ohren-, Nasen-, u. Halsarztes. Berlin. S. Karger. 8. 52 S. 1 Mk. 60 Pf.

Discussion on the treatment of chronic inflammatory conditions of the oro-pharynx. Brit. med. Journ. Sept. 26.

von Eichborn, Ueber Anwendung d. Fulguration in d. Laryngologie. Verh. d. Ver. deutscher Laryngol. p. 3.

von Eicken, Speichelfluss durch d. Nase. Verh. d. Ver. deutscher Laryngol. p. 34.

Fein, Johann, Ueber d. Abtragung d. Rachenmandel mit dem bajonettförm. Adenotom. Med. Klin. IV. 39.

Feldmaus, F. M., Das Alter d. Hörrohrs. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 3 u. 4. p. 254.

Fiedler, Max, Pulsationserscheinungen am nicht perforirten Trommelfelle. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 3 u. 4. p. 256.

Fischer, Louis, Treatment of laryngeal stenosis, including intubation by the dorsal method. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 5. p. 193. Aug.

Flatau, Theodor S., Neuere Beobachtungen über Phonasthesie. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 6.

Fröse, A., Einige Bemerkungen zur Stauungsfrage. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 3 u. 4. p. 258.

Gerber, Ueber die sogen. Laryngitis nodulosa. Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. p. 43.

Gevers Leuven, J. M. A., Afbeeldingen van het trommelvlies van toonkunstonaal. Haarlem. De Erven F. Bohn. 8. 19 blz. en 5 plaaten.

Gleitsmann, J. W., Behandl. d. Tuberkulose der oberen Luftwege. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 6. p. 161.

Gluck, Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 38—43.

Gondale, J. L., Lymphosarcoma of the tonsil. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 13. p. 409. Sept.

Goris, Radikale Operation eines beginnenden Sarkoms d. Nasenscheidewand. Verh. d. Ver. südd. Laryngol. p. 21.

Goris, Mandeltuberkulose. Verh. d. Ver. deutscher Laryngol. p. 54.

Guyot, Tumorart. Tuberkulose d. Nase u. d. Kieferhöhle. Verh. d. Ver. südd. Laryngol. p. 22.

Halász, Heinrich, Papillom der Uvula. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 6.

Halász, Heinrich, Angelhaken im Gehörgang. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 3 u. 4. p. 261.

Haike, M., Die submuköse Septumoperation. Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 3. p. 315.

Hartmann, Arthur, Bericht über d. Leistungen u. Fortschritte auf d. Gebiete d. Ohrenheilkunde, d. Rhinologie u. der übrigen Grenzgebiete im 1. Quartal 1908. Ztschr. f. Ohrenhkde. LII. 3. p. 261.

Hecht, A., Die Behandl. d. Nasenrachenkatarrhe b. Kindern. Therap. Monatsh. XXII. 8. p. 398.

Hennig, A., Der Einfluss d. deutschen Meere (Ost- u. Nordsee) auf die Tuberkulose der oberen Luftwege. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 7. — Ztschr. f. Tub. XIII. 1. p. 25.

Hopmann, Verkürzung u. Verlagerung d. Vomer. Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 3. p. 305.

Ifntter, Fritz, Die Anwendnng d. Lokalanästhesie b. der Operation adenoider Vegetationen. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 41.

Janson, Wilhelm, Die Nachbehandl. d. Radikaloperation d. Mittelohrs. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 8.

Jurasz, A., Geschichte d. Laryngologie an d. Universität Heidelberg. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.). Gr. 8. VIII u. 55 S. 3 Mk.

Jurasz, Merkwürdige Anomalie des Nasenrachenraums. Verh. d. Ver. südd. Laryngol. p. 40.

Kelly, A. Brown, Some experiences in the direct examination of the larynx, trachea and oesophagus. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Kiproff, Iwan, Quantitative Messung d. calor. Nystagmus in einem Fall von Labyrinthfistel vor u. nach Entstehung d. Fistel. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 37.

Koenig, C. J., Syndrome de Menière à forme apoplectique. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 491.

Körner, Carcinome des Hypopharynx. Verh. d. Ver. deutscher Laryngol. p. 3.

Lange, W., Lebensgefährl. Blutung aus dem Ohre in Folge Zerstörung d. Carotis externa u. der Vena jugularis interna durch einen peritonsillären Abscess. Charité-Ann. XXXII. p. 457.

Lannois et F. Chavanne, Formes cliniques du syndrome de *Menière*. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 406.

Lenwer, Carl, Pyocyanase b. akuten Mittelohreiterungen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 40.

Lindemann, August, Ueber regressive Veränderungen d. Epiglottisknorpels u. deren Folgezustände. Virchow's Arch. CXCIII. 2. p. 270.

Lindt, Une localisation rare de tuberculose nasale. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 352.

Mackenzie, George W., Klin. Studien über die Funktionsprüfung d. Labyrints mittels d. galvan. Stroms. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVII. 1 u. 2. p. 1.

Muder, Weitere Mittheilungen über Röntgentherapie u. Diagnostik in d. oberen Luftwegen. Med. Klin. IV. 43.

Mark, André, Beitrag zur Bakteriologie der mit eitr. Mastoiditis complicirten Otitis media acuta. Ztschr. f. Ohrenhkde. LVI. 3. p. 229.

Massei, F., Les tumeurs géantes du larynx. Arch. internat. de Laringol. etc. XXVI. 5. p. 337.

Monier, H., Ein Fall von Chorea minor nach Abtragung d. adenoiden Wucherungen geheilt. Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 3. p. 335.

Menzel, K. M., Zur Fensterresektion der verkrümmten Nasenscheidewand. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XLII. 6.

Meyer, Arthur, Ueber leukäm. Veränderungen im Kehlkopf. Ztschr. f. Laryngol. u. s. w. I. 3. p. 343. — Verh. d. Ver. südd. Laryngol. p. 28.

Mignon, Calcul volumineux de l'amygdale. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 534.

Minkema, H. F., Onderzoek naar de gehoorscherpte van Inlanders. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 352.

Möller, Jörgen, Jahresbericht der Ohren- u. Halsklinik d. Communhospitals zu Kopenhagen im J. 1907. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVII. 1 u. 2. p. 138.

Müller, Eine seltene Störung nach submuköser Nasenscheidewandresektion. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Müller, Friedr., Ueber d. Entfernung von Cerumenalpfröpfen u. Fremdkörpern aus d. Gehörgange. Ein Gehörgangsspülröhrchen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Nager, F. R., Ueber d. Vorkommen u. d. Behandl. d. Scharlachotitis. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 18.

Nager, F. R., Ueber Nasenrachentumoren. Verh. d. Ver. südd. Laryngol. p. 30.

Nager, F. R., Relations de l'organe auditif avec les maladies infectieuses chroniques. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 454.

Neil, James Hardie, Some points of the anatomy and surgery of the tonsils. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Noury Pascha, Zia, u. Haidar Bey, Ueber d. Milzbrand d. Tonsillen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 33.

Nuernberg, Franz, Beiträge zur Klinik der Labyrintheiterungen. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 3 u. 4. p. 139.

Orbison, Thomas J., Herpes of the membrana

tympani, due to zosteroid affection of the petrosal ganglion. Journ. of nerv. a. ment. Dis. XXXV. 8. p. 500. Aug.

Parker, Chas. A., Accessory air cells in the septum nasi. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Passow, A., Ueber d. Umgestaltung d. Universitäts-Ohrenklinik u. d. Charité-Ohrenklinik. Charité-Ann. XXXII. p. 450.

Pottenger, F. M., Prognosis and treatmeut of tuberculoue laryngitis. Calif. State Journ. of Med. VI. 10. p. 833. Oct. — Ztschr. f. Tuh. XIII. 3. p. 226.

Rahner, Richard, Ein Beitrag zur Laryngitis stridula. Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Reiche, F., u. A. Schomerus, Die durch den Diplococcus lanceolatus hervorgerufenen Rachen- u. Kehlkopferkrankungen, nebst Bemerkungen über d. Erysipelas cntie pnenmococcianum. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 12. p. 289.

Reinking, Fr., Ueber inspirator. Sprechen. Ztschr. f. Ohrenhkde. LVI. 3. p. 240.

Réthi, L., Einiges über d. Peudelzuckung. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. e. w. XLII. 7.

Rhodee, John Edwin, Sarcoma of the tonsil. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 5. p. 201. Aug.

Robinson, Beverley, Clinical notes on laryngeal tuberculosis. Amer. Journ. of the med. Sc. LXXXVI. 2. p. 172. Aug.

Ronvilloia, Resultats des interventions endonasales et naso-phuryngées duns les affections des voies respiratoires. Progrès méd. 3. S. XXIII. 34.

Sargnon, De l'endoscopio directo ot tont particnlièrement de son npplicaton en laryngologie. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 355.

Schäfer, Friedr., Ein Untersuchungs- u. Operationsstuhl f. d. Sprechzimmer d. Oto-Laryngologen. Verh. d. Ver. südd. Laryngol. p. 37.

Scheier, Mnx, Die Bedentung d. Röntgenstrahlen f. d. Rhinologie. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41.

Scheier, Max, Ueber einen Fall von tiefer Basstimme b. einem jungen Mädchen. Med. Klin. IV. 43.

Schiffers, Trophoedème du lurynx. Arch. internnt. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 347.

Schmidt, Chr., Aspirirter Zwetschenstein. Ztschr. f. Ohrenhkde, LVI. 3. p. 225.

Semon, Felix, Noch einmal znr Frage d. Pneumokokkeninvasion des Halses. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. e. w. XLII. 7.

Sewall, E. C., Removal of tonsils nndor local anaesthesia. Calif. State Journ. of Med. II. 8. p. 260. Aug.

Skillern, RossHall, and E. Burvill-Holmes, Preliminary report on the vaccine treatment of atrophio rhinitis (ozaena). Now York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 7. p. 307. Ang.

Smith, S. Mac Cuen, Chronic recurrent suppnrative otitis media and its relation to mastoid and intracranial complications. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 10. p. 685. Oct.

Sohier-Brynnt, W., Tuberculosie of the ear. New York med. Record LXXIV. 13. p. 513. Sept.

Spira, R., Bericht über d. Thätigkeit d. rhino-otiat. Ambnlatorinm des israelit. Hospitales in Krakan f. d. J. 1907. Arch. f. Ohrenhkde. LXXVII. 1 u. 2. p. 158.

Stillmann, Edgar R., Acute otitie interna. New York med. Record LXXIV. 14. p. 568. Oct.

Struycken, L'onïe d'après l'ablation du tympan et des osselets. Arch. internnt. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 393.

Sylvester, Charles P., The tonsils and their relation to the general health. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 6. p. 171. Ang.

Tenzer, Siegfried, Ueber Befunde von pulsirenden Gefässen im Rachen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 34.

Tnrretta, A., Les lésions du labyrinthe non acoustiqne. Arch. internat. de Laryngol. etc. XXVI. 5. p. 434.

Tweedie, Alex. R., Some observations on the results of the application of *Barányi's* tests to deaf-mutes. Brit. med. Journ. Oct. 10.

Uffenorde, W., Die eitrigen Entzündungen des innorn Ohrs. Med. Klin. IV. 39.

Upcott, Hnrold, Excision of the toneil, its operative technique. Lancet Aug. 15.

Verhandlnngen d. Vereins deutscher Laryngologen 1908. Herausgeg. von *Felix Blumenfeld*. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.) 8. 67 S. 2 Mk. 50 Pf.

Verhandlungen d. Vereins süddeutscher Laryngologen 1908. Herausgeg. von *Felix Blumenfeld*. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.) 8. S. 481—530. 2 Mk.

Waggot, Ernest, Direct laryngoscopy, bronchoscopy and esophagoscopy. Brit. med. Jenrn. Sept. 26.

Weleminsky, J., Diagnose u. Therapie in der Laryngologie ohne specialärztl. Technik. Med. Klin. IV. 40.

Wolff, Ludwig, Ueber d. Bezieh. d. Rhinitie chron. atroph. znr Diphtherie, Versuche d. therapeut. Verwerthbarkeit der Pyocyanase b. Ozaena. Med. Klin. IV. 33.

Wood, Percy R., A tube for self-insufflation of vapor iuto the middle ear. New York med. Record LXXIV. 10. p. 406. Sept.

Yenrsloy, Macleod, A case of severe vertigo and tinnitua; destruction of the labyrinth; cure. Lancet Sept. 19.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Saar; 3. Bero, Blümel; 8. Alexnnder, Barr, Casidberry, Diecuseion, Gerber, Kander, Onodi, Uchermann, Wylie; 11. Nengass. V. 1. Latrop; 2. a. Bnkauer, Bèco, Bruning, Caldorere; Claus, Cohn, Grnnt, Mnnasse, Vohson. VIII. Sursidale. X. Knhnt. XIII. 2. Dölger, Gontormann, Hempel.

XII. Zahnheilkunde.

Andreson, Wiederherstellnng d. Kauflächen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 9. p. 682.

Bönnecken, H., Ueber die Nothwendigkeit d. Anstellnng von zahnärztl. ansgebildeten Assistenten an Kliniken u. grösseren Krankenanstalten. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 3. p. 443. — Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 34.

Bruhn, Ueber Kronen- n. Brückenarbeiten. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 10. p. 769.

Dependorf, Dio Behandl. septisch-gangränös zerfallener Zahnpulpen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 8. p. 565.

Diemor, Neuer Befeuchter f. d. Schleifmaschine. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 9. p. 683.

Fischer, Guido, Ueber irreguläre Dentingewebe in d. Pulpa. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 3. p. 457.

Fleischmann, L., Ueber die Entwickelung der Dentikel. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 3. p. 479.

Hahn, M., Znsammengewachsene Zähne. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 10. p. 768.

Hasse, Ueber d. Parabel d. Silber-Zinnamalgame. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 9. p. 660.

Kantorowicz, Die Rolle d. Leukocytenfermentes b. Zerfall d. Zahnpulpa. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 8. p. 553.

Kereting, Chirurg. conservirende Wurzelbehandlung. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 8. p 581.

Kleinsorgen, Neue Regeln des Zahnbürstens. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 8. p. 588.

Kleinsorgen, Fetttherapie u. Wurzelbehandlung. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 9. p. 655.

Möller, Fritz, Phytin in d. Zahnhkde. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 10. p. 765.

Oppenheim, Albin, Die Verwendung diator.

Zähne zu Kronen- u. Brückenarbeiten. Oester.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 3. p. 493.

Riechelmann, Eine neue Gaspresse zum Giessen f. Goldeinlagefüllungen u. Brücken in belieb. Grösse. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 8. p. 604.

Riesenfeld, K., Ueber die systemat. Extraktion d. 6jähr. Molaren. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 9. 10. p. 633. 713.

Szabó, Josef, Beiträge zur stomatolog. Casuistik. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XXIV. 3. p. 472.

Verhandlungen des Centralvereins deutscher Zahnärzte, 47. Jahresvers. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 8. p. 553.

Wallace, J. Sim., Some observations on the cause and prevention of dental caries. Lancet Sept. 12.

S. a. Ill. Skrzynski. V. 8. Jung, Williams. V. 2. a. Goadby. VIII. Discussion. XV. Kunert.

XIII. Pharmakologie u. Toxikologie.

1) *Allgem. Pharmakologie. Pharmacie.*

Blumenthal, Ferdinand, Ueber d. Missstände in d. Heilmittelproduktion. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Gérard, Ernest, La nouvelle pharmacopée française. Echo méd. du Nord XII. 43.

Harnack, Erich, Ueber d. Missstände in d. Heilmittelproduktion unter bes. Berücksicht. d. Pyrenolfrage. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Holmström, E. Axel, Ueber käufl. Apothekenprivilegien u. deren Ablösung, sowie über d. Pensionirung d. Apotheker. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesdhpfl. XL. 1. p. 679.

Jacobj, Carl, Die Pharmakologie eine biolog. Wissenschaft. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 32 S. 1 Mk. 50 Pf.

Kobert, Rudolf, Lehrbuch d. Pharmakotherapie. 2. Aufl. II. Hälfte. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. XVI S. u. S. 321—745 mit Tabellen. 11 Mk. 40 Pf.

Lohnstein, Theodor, Ueber Tropfendosirung u. ihre physikal. Grundlage. Therap. Monatsh. XXII. 8. p. 407.

Maasa, Th. A., Neuere Anschauungen über die Wirkung anorgan. Arzneistoffe. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Meyer, Willy, The improvement of general anaesthesia on basis of the principle of adapting the boiling point of the anaesthetic to the temperature of the body. New York med. Record LXXIV. 7. p. 261. Aug.

Schaer, Ed., Ueber wechselseit. Beziehungen phytochem. Studien u. pharmakol. Probleme. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 482.

Schwalbe, J., Sind Aerzte berechtigt, f. ihre wissenschaftl. Untersuchungen pharmaceut. Präparate von d. auftraggebenden chem. Fabriken Honorare entgegenzunehmen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 40.

Tuppeiner, H. v., Lehrbuch d. Arzneimittellehre u. Arzneiverordnungslehre. 7. Aufl. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. VIII u. 384 S. 8 Mk.

Thornton, E. Quin, The difficulties and dangers attending the use of the metric system in prescribing. Therap. Gaz. 3 S. XXIV. 8. p. 542. Aug.

Tschirch, A., Die neue schweizerische Pharmakopöe u. d. Arzt. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 17. 18.

S. a. IV. 5. Schürmayer; 7. Minkowski.

2) *Einzelne Arzneimittel.*

Anton, Oskar, Ferroplasma. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 43.

Anuschat, Die Resorption d. Hydrargyrum metallicum u. dessen interne Anwendung b. Syphilis. Deutsche Med. Ztg. 78.

Apostolides, Apostolos G., The use of organic compounds of iron. Fol. therap. II. 3. p. 94.

Anbertin, Ch., u. A. Delamasse, Die Wirkung d. Radiums auf d. Blut. Centr.-Bl. f. innere Med. XXIX. 42.

Baldoni, Alessandro, Sul comportamento del salicilato sodico nell' organismo. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 54.

Bast, O. A., Spiroform in Rheumatismusfällen mit Herzcomplikationen. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 6. p. 169.

Becker, Wern. St., Eine Maximaldosis d. Alkohols. Therap. Monatsh. XXII. 9. p. 444.

Bendig, Paul, Die *Kromayer*'sche Quecksilberinhalationskur b. Syphilis. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Bentley, William, and Bernard R. Le Roy, The solvent action of the sulphocyanates upon the lime and magnesium deposits in the system. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 5. p. 210. Aug.

Berkley, Henry J., Therapeutic note on the action of lecithin in exophthalmic goitre. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 210. p. 259. Sept.

Berliner, Max, Die Behandl. d. Tuberkulose mit Eucalyptolinjektionen. Beitr. z. Klin. d. Tub. X. 3. p. 237.

Bethe, Albrecht, Ueber d. Wirkung einiger Narkotica auf d. Polarisationsbild d. Nerven. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 75.

Blackader, A. D., On the indications and contraindications for the use of digitalis. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 10. p. 708. Oct.

Blumenthal, F., Mittel zur Desinfektion d. Harnwege. Med. Klin. IV. 42.

Bodine, John A., and Frederick C. Keller, Injection of alcohol for relief of trigeminal neuralgia. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 13. p. 580. Sept.

Boehm, R., Notiz über Condurangorinde u. Kauraiwurzel. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Boetticher, H., Experim. Untersuchungen über d. physiolog. Wirkung d. Coffeins auf d. Organismus. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 37.

Boruttau, H., Ueber d. Verhalten d. Bromglidine im Organismus. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Bosellini, P. L., Ueber Santyl in d. Gonorrhöe-Therapie. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 4. p. 144.

Bossan, E., et H. Macalet, Les métaux colloïdaux; étude de leur action et leur effet sur le pouvoir phagocytain. Gaz. de Hôp. 103.

Bouveyron, Etiologie hépatique et traitement par le sulfate de soude à faibles doses, d'un cas de maladie de *Duhring*. Lyon méd. CXI. p. 621. Oct. 18.

Bousfield, E. C., An attempt to rehabilitate the permanganates. Lancet Oct. 10.

Brandini, G., L'action de l'alcool éthylique sur le coeur isolé des mammifères. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 275.

Brandl, J., Ueber Sapotoxin u. Sapogenin von Agrostemma Githago. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 a. 3. p. 245.

Briasemont, A., La fluorine de calcium en thérapeutique. Bull. de Thér. CLVI. 4. p. 147. Juillet 30.

Büllmann, G. A., Die lokale Behandl. d. Loefflerdiphtherie mit Collargol u. Bemerkungen über Pyocyanasebehandlung. Med. Klin. IV. 39.

Bürgi, Neue Untersuchungen über d. Quecksilber. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVIII. 19. p. 635.

Butcher, W. Deane, The therapeutic action of radium. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Cervelle, Vincenzo, Sulla teoria di azione del ferro et dei metalli pesanti. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 107.

Chapelle, Ph., L'isotonie des solutions de quinine pour injections intraveineuses. Semaine méd. XXVIII. 34.

Charmeil; Bertin et Poiteau, Traitement de la syphilis par l'atoxyl. Echo méd. du Nord XII. 43.

Clootta, M., Ueber d. Einfl. d. chron. Digitalisbehandlung auf d. normale u. patholog. Herz. Arch. f.

experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 u. 3. p. 209. — Ther. d. Gegenw. N. F. X. 10. p. 437.

Cloetta, M., Ueber d. Verhalten d. Atropins b. verschiedon empfindl. Thierarten. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 119.

Cohen, Solomon Solis, Observations on the hypodermic use of quinine and urea hydrochloride in tho diagnosis and treatment of acute and chronic malarial infections. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVf. 3. p. 344. Sept.

Colyer, Stanley, Amyl nitrite in uteriue haemorrhage. Lancet Aug. 22. p. 585.

Comessatti, Giuseppe, Beitrag zur Kenntniss d. drucksteigernden Substanzen. Eine specif. Reaktion d. Adrenalins. Münchn. med. Wchnschr. fV. 37.

Croner u. Schindler, Carbolsäuretabletten (Diphenyl-Oxalsäureester), ein neues Desinfektionsmittol. Desinfektion I. 2. p. 47.

Cronquist, Carf, Weitere Ergebnisse d. Quecksilberschnupfungskur. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCI. 2 u. 3. p. 303.

Cushny, Arthur R., On the actiou of oxidising salts. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 126.

Davidsohn, Felix, Radiumemanation als Heilfaktor. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Dessauer, Paul, Euphyllin ein neues Diureticum. Therapeut. Monatsh. XXII. 8. p. 401.

Diesing, Die Indikation d. Thiopinolbades. Med. Klin. IV. 31.

Dölger, R., Die Borsäurebehandlnng h. Mittelohreiterungen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Donitz, Ueber Verwendung von Gummi nls Zusatz zum Anästheticum b. Lumbalanästhesie. Mit Schlusswort von *Echardt*. Munchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Dorn, Beitrag zur Arsen-, Phosphor-Eisontherapio, mit besond. Berücksicht. d. Nucleogens. Fortschr. d. Med. XXVf. 21. p. 649.

Duhois-Havonith, La colique thoracique consécutive à une injection d'huile grise n'est pas due à une embolie. Presse méd. belge LX. 30. 36.

Ehrmann, R., u. B. Lederer, Ueber d. Wirknng d. Salzsäure auf d. Fermontsekretion d. Magens u. d. Bauchspeicheldrüse. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Ellinger, Alexander, Zur pharmakodynam. Charakterisirung d. Cumarins. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 150.

Emmort, Johannes, Ueber d. Wirkung subcutan einverleibten Adrenalins. Virchow's Arch. CXCfV. 1. p. 114.

Eppinger, M., W. Falta u. C. Rudinger, Zur Kenntniss d. antagonist. Wirkuog d. Adrenalins u. d. Lymphagoga. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Evans, J. Howell, The formic acid derivatives in the treatment of cancer. Lancet Sept. 26.

Fenwick, P. Clennell. Zinc ionization in chronic urethritis. Brit. med. Journ. Aug. 15.

Foà, C., et A. Aggazzoti, Sur l'action physiologique des métaux colloïdaux. Arch. ital. do Biol. XLIX. 2. p. 300. 305.

Fraenkel, A., Die Digitaliswirkung an Gesnnden u. an compensirteu Herzkranken. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Snppl. p. 188.

Fränkel, Sigmund, Ueber d. phnrmakol. Bedeutung d. bigeminirten Aethylgruppen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 181.

Friedherger, E., Ueber d. Behandl. d. experim. Nagana mit Mischungon von Atoxyl u. Thioglykolsäure. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Friedmann, L., Das Eulatin, ein neues Keuchhustenmittel. Med. Khn. IV. 43.

Fürth, Otto von, u. Karl Schwarz, Ueber d. Einwirkung d. Jodothyrins nnf d. Cirkulationsapparat. Arch. f. Physiol. CXXIV. 3—5. p. 113.

Füth, fl., u. Moyerstein, Ueber Formicin, ein neues Händedesinficiens. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVII. 3. p. 353.

Gahrilowitsch, Ueber d. Tuberculinum purum. Ztschr. f. Tuh. XIII. 3. p. 234.

Gardella, E., Action du calcium sur la fonction respiratoire. Arch. ital. de Biol. XLfX. 1. p. 83.

Gérard, Ernest, Les métaux colloïdaux. Echo méd. du Nord XII. 41.

Goldschmidt, Sigismund, u. Norbert Knobel, Bericht uber intravenöse Behandl. Tuberkuloser mit Hetol. Beitr. z. Klin. d. Tub. X. 3. p. 279.

Gontermann, C., Zur Casuistik d. Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie mit Tropacocain. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 33.

Gottlieb, R., u. A. v. d. Eckhout, Ein Beitrag zum Vergleiche d. Opium- u. Morphinwirkung. Arch. f. experim. Pathol. n. Pharmakol. Suppl. p. 235.

Grihinonk, E. S., Expériences sur le pouvoir désinfectant d'une mélange composé d'essence de térébinthine, d'acide phénique, de naphtaline et d'éther sulfurique (essence de térébenthine d'Oukraïne). Arch. des Sc. biol. de St. Pétersh. XIIf. 4 et 5. p. 470.

Hammer u. Vieth, Aperitol, ein schmerzlos wirkendes Abführmittol. Med. Klin. fV. 37.

Hämäläinen, Juro, Zur Pharmakologie u. Stereometrie h. d. asymmetr. Kohlenstoff: Ueber d. Wirkung d. d-, r- u. l-Kamphers auf das durch Chloral vergiftete Froschherz. Skandinav. Arch. f. Physiol. XXI. 1. p. 64.

Harman, Bishop, Glycerine as an adjuvant to silver nitrate. Brit. med. Jonrn. Sept. 12.

Hahn, Gerhard, *Mochale's* Schwefelpräparate. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 32.

Harnack, Erich, Ueber schlimme Zufälle b. d. Apomorphinanwendung u. über d. Beziehungen zwischen Würgakt u. Muskellahmung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 26.

Hartung, Egon, Unterchlorigsanres Natron als Desinficiens. Med. Klin. IV. 39.

Hempel, H., Jodkalitherapie b. Eiterung d. Nasenebenhöhlen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

flerff, Otto von, Sophol. Gyn. Centr.-Bl. XXXII. 42.

Herford, E., Sehstörungen nach Atoxylanwendung. Charité-Ann. XXXII. p. 440.

Hersehell, George, On the use of selected lactic acid bacilli nnd soured milk in the treatment of some forms of chronic ill-health. fancet Aug. 8.

Hildebrandt, Hermann, Zur Pharmakologie d. Chinatoxine. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. fIX. 2 u. 3. p. 127.

Hildebrandt, Hermann, Zur Pharmakologie d. Phenantrens u. seiner Hydroderivate. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 n. 3. p. 140.

Hill, Leonard, Oxygen and muscular exercise as a form of treatment. Brit. med. Journ. Oct. 3.

Hirsch, Maximiliau, Zur Geschichte d. Aetherrausches. Wien. med. Wchnschr. LVIIf. 31.

Hirschlaff, Leo, Zur neueren Morphinforschung mit besond. Berucksicht. d. Morphinbrommethyls. Therapeut. Monatsh. XXII. 10. p. 514.

His, W., Moderne Herzmittel. Thor. d. Gegenw. N. F. X. 10. p. 433.

floepffner, Ch., u. A. Fraonkel, Gesichtspunkte f. d. Einfuhrung d. Extractum digitalis depurntum. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

ffornung, Oscar, Beitrag zur intravonösen u. subcutanen Anwendung von Herzmitteln. Munchn. mod. Wchnschr. LV. 39.

Jucohi, G., u. Golowinski, Ein Beitrag zur Frage d. vorschied. Wirkung d. Coffeins auf Rana esculenta u. Rana temporaria. Arch f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 286.

Jacohy, Martin, u. Albert Schütze, Ueber d. Wirkungsmechanismus von Arsenpräparaten auf Try-

panosomen im thier. Organismus. Biochem. Ztschr. XII. 1. p. 193. XIII. 3 u. 4. p. 285.

Jeannie, Cyrille, De l'emploi de l'argent colloïdal dans le traitement de l'infection puerpérale. Progrès med. 3. S. XXIII. 61.

Igersheimer, J., Experim. Beitrag zur Wirkung d. Atoxyls auf d. thier. Organismus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 287.

Johnston, T. Arnold, A case of sleeping sickness treated with atoxyl; apparent recovery. Lancet Sept. 19.

Joynes, F. J., The rectal injection of bromides in puerperal eclampsia. Brit. med. Journ. Aug. 29. p. 600.

Kaliacher, S., Sabromin ein neues Brompräparat. Deutsche med. Wchuschr. XXXIV. 40.

Kalmus, Friedrich, The importance of iodipin in the treatment of arterioclerosis. Fol. Therap. II. 8. p. 93.

Kemp, H. P., and A. D. Waller, The action of alcohol upon electrically inexcitable muscle. Journ. of Physiol. XXXVII. 3. p. XLIII.

Kopytowski, Ladislas, Sur l'emploi du zinc métallique en poudre dans le traitement des ulcérations des parties génitales. Ann. de Dermatol. et de Syph. IX. 7. p. 412.

Korte, Hugo, Ein neues Phosphorleberthranöl. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41.

Krajča, Clement, Zur Epithelisirung granulirender Flächen durch Scharlachrothsalbe. Munchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Kraupa, Ernst, Untersuchung über d. synthet. Suprarenin. Med. Klin. IV. 36.

Krsus, Fr., u. H. Friedenthal, Ueber d. Wirkung d. Schilddrüsenstoffe. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Krawkow, N. P., Ueber d. Hedonal-Chloroformnarkose. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 317.

Lamhkin, F. J., The treatment of syphilis by arylarsonates. Brit. med. Journ. Aug. 15.

Lehmann, Otto, Das Spirosal. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 8. p. 383.

Leszcynski, Roman von, Neue Vehikel f. Quecksilberemulsionen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XCII. 1 u. 2. p. 209.

Levy, E., Bemerkungen zur Technik d. intralumbalen Anwendung d. Meningokokkenheilserum (*Kolle-Wassermann*). Med. Klin. IV. 40. 41.

Lockermann, Georg, u. Martin Paucke, Ueber d. Nachweis u. d. Gang d. Ausscheidung d. Atoxyls im Harn. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Löbol, Ueber Yoghurt. Therap. Monatsh. XXII. 8. p. 395.

Luniatschek, Die Anwend. d. Renoform-Cocain-Gemisches b. d. Anästhesirung ganzer Nervenstämme. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 8. p. 595.

Mc Glinn, John A., Oxygen in the treatment of tuberculous peritonitis. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 8. p. 359. Aug.

Maonaughton-Jones, H., Scopolamine-morphine and chloroform anaesthesia. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Maedor, Valisan, ein neues Sedativum. Therap. Monatsh. XXII. 10. p. 524.

Msngiagalli, L., The treatment of eclampsia by means of veratrum viride. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Marfosi, P., Sull' assorbimento e sulla assimilazione dei composti organici del fosforo. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Snppl. p. 378.

Marshall, C. R., The pharmacological action of certain lactones and tho corresponding hydroxy-acids. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 389.

Mayer, Theodor, Jodglidin in d. Lnestherapie. Therap. Monatsh. XXII. 10. p. 511.

Meissner, P., Einiges über d. Gebrauch d. Europhens. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 35.

Melchior, E., Idiosynkrasie gegen Aspirin. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 8. p. 381.

Merio, H. de, Ueber Erfahrungen mit Gonosan b. d. Behandlung d. Gonorrhöe. Allg. med. Centr.-Ztg. LXXVII. 33.

Mering, J. von, Ueber Sabromin, ein neues Brompräparat. Med. Klin. IV. 38.

Messmer, Erfahrungen über Mergal in d. Augenheilkunde. Therap. Monatsh. XXII. 10. p. 508.

Münchmeyer, Otto, Klinischer Bericht über 1000 Lumbalanästhesien mit Stovain. Beitr. a. klin. Chir. LIX. 2. p. 447.

Nagelschmidt, Franz, Ueber Schwefelbalsame. Therap. Monatsh. XXII. 10. p. 520.

Naumann, Casuist. Mittheilung über d. Unschädlichkeit der Formaminttabletten. Med. Klin. IV. 41.

Neisser, Alh., Ueber die Verwendung d. Arsacetins (*Ehrlich*) b. d. Syphilisbehandlung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 35.

Nerking, J., Narkose u. Lecithine. Münchn. med. Wchnschr. LV. 33.

Nevinny, J., Der elementare u. colloide Schwefel (Sulphidal). Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42. 43.

Orum, H. P. T., Ueber d. Behandl. d. Epilepsie mit Borax. Med. Klin. IV. 41.

Ombrédanne, Un appareil pour l'anesthésie par l'éther. Gaz. des Hôp. 92.

Orlowski, Ueber eine combinirte Methode d. akuten Gonorrhöebehandl. mittels Kalium permanganicum- u. Argentum nitricum-Spülungen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XLVII. 3. p. 140.

Psne, N., e G. d'Agata., La disinfizione della bocca con soluzione di sapone e sua azione battericida. Rif. med. XXIV. 88.

Patrick, J. King, The choise of general anaesthetic. Glasgow med. Journ. LXX. 4. p. 259. Oct.

Paul-Boncour, Georges, Les troubles d'intelligence et de caractère dans la polydipsie habituelle des écoliers. Progrès méd. 3. S. XXIII. 34.

Pendleton, Ednard, Anaesthesia by means of cloroforme and ether. New York med. Record. LXXIV. 7. p. 271. Aug.

Peters, Leroy S., Treatmont of secondary anemia of tuberculosis with hypodermics of iron. New York med. Record LXXIV. 15. p. 620. Oct.

Peters, Ueber Isopralordinatiou b. Herzkranken. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Petri, Aug., Ueber den Einfluss d. Wasserstoffsuperoxyds auf d. Sekretion des Magens. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 5. p. 479.

Popielski, L., Ueber d. Wirkungsweise d. Chlorbaryums, Adrenalins u. Pepton *Witte* auf d. peripher.-vasomotor. Apparat. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 435.

Poulsson, Zur Frage über d. Wirkung d. Radiumemanation. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 443.

Rabl, H., Atropin b. Hernia incarcerata. Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Richter, Geo., Kaolin as a remedy. New York med. Record LXXIV. 12. p. 487.

Rosen, Richard, Beitrag zur therapeut. Verwendung von Phosphorpräparaten. Fortschr. d. Med. XXVI. 26. p. 823.

Rübsamen, W., Experim. Untersuchungen über d. Gewöhnung an Morphin. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 2 u. 3. p. 226.

Saochini, Giuseppe, Sulla oura tannico-canforata esterna del eresipola. Rif. med. XXIV. 35.

Sainsbury, Hsrrington, On the action of bodies in the particulate state, with special reforonce to the action of carboa. Fol. therapeut. II. 3. p. 82.

Salkowski, E., Ueber eine neue Arsen u. Phosphor enthaltende Eisenverbindung. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 5. p. 152.

Sano, Torato, Ein Beitrag z. Kenntniss d. Strychnin- u. Coffeinwirkung. Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 381.

Santesson, C. G., Ueber die Wirkung von Cocain u. Stovain auf d. Nervenfasern. Skandivav. Arch. f. Physiol. XXI. 2. p. 35.

Schacht, Eddy, Atoxyl als Tonicum. Med. Klin. IV. 37.

Schütte, Levurinose u. ihr therapeut. Werth. Fortschr. d. Med. XXVf. 14. p. 744.

Schütte, Die Anwendung von Jod in Form von Jodglidine in d. Therapie d. Erkrankungen d. Athmungsorgane. Fortschr. d. Med. XXVI. 27. p. 852.

Schwersenski, Georg, Allosan, d. Allophansäureester d. Santalols. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 43.

Seidel, Cnrt, Die Behandl. pept. Erkrankungen mit Collargolklysmen. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Sicard, J. A., et P. Larne, Traitement des verrues vulgaires par l'injection locale de teinture de thuja. Gaz. des Hôp. f15.

Smith, Eustace. Remarks on the use and misuse of iron remedies. Brit. med. Journ. Oct. 17.

Smith, Richard R., Scopolamine-morphine anaesthesia. Surg., Gyn. a. Obst. VII. 4. p. 414.

Sommer, Ernst, Radium, Radioaktivität u. Radiumtherapie. Schweiz. Corr.-Bl. XXXVfII. 16.

Speirs, Henry, The physiological antagonism between aconite and belladonna. Brit. med. Journ. Aug. 15.

Spiro, K., Die Wirkung d. Darmadstringentien auf d. Stoffwechsel. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 504.

Spitxly, John H., Potassium iodide and arterial thickening. Brit. med. Journ. Oct. 3. p. 1009.

Steel, Matthew, On the metabolic influence of magnesium sulfate in dogs with special reference to the partition of the nitrogenous constituents of the urine. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 132.

Stewart, Murray B., Fibrolysin in cicatricial pyloric obstruction. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Stookey, L. B., fnfluence of iodides on autolysis. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 119.

Stookey, L. B., and Vora Gardner, On the pharmacology of iodides. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V, p. 122.

Tabora, D. von, Die Atropinbehandl. d. Ulcus ventriculi. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Taylor, J. George, The treatment of chorea with chloretone. Fol. therap. II. 4. f24.

Thoms, H., Zum Capitel Pyrenol. Deutsche med. Wchnschr. XXXfV. 42.

Töpfer, H., Morbicid, ein neues Desinfektionsmittel. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 35.

Togami, Zur Wirkung von Superoxyden auf d. Verdauungsorgane. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 33.

Togami, Experim. Untersuchungen über d. Einfl. d. Broms auf d. Magensaftsekretion. Biochem. Ztschr. Xfll. 1 n. 2. p. ff2.

Townsend, Charles N., The abuse of alkohol in the treatment of childrens disease. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 5. p. f42. Aug.

Uhlenhuth, u. Manteufel, Ueber d. Wirkung von atoxylsaurem Quecksilber b. Spirochäten-Krankheiten, inabes. h. d. experim. Syphilis. Med. Klin. IV. 43.

Ury, Hans, Zur Lehre von d. Abführmitteln. Arch. f. Verd.-Krankh. XIV. 4 n. 5. p. 411. 506.

Vinay, Ch., Le pyramidon dans le traitement de fa fièvre typhoïdo. Lyon méd. CXf. p. 5f7. Oct. 1f.

Wucker, Leonhard, Ueber die Wirkung d. Saponinsubstanzen. Biochem. Ztschr. Xfl. 1. p. 8.

Weiamann, Alois, Ueber Jodipinanwendung in Form von Tabletten. Wien. klin. Rundschau XXII. 33.

Weiasmann, R., Ueber einige mit Phytin erzielte Erfolge. Therap. Monatsh. XXfl. 9. p. 470.

Winternitz, H., Ueber Veronalnatrium. Med. Klin. IV. 31.

Witthauer, Knrt, Jothin als Hautdesinficiens h. Operationen. Gyn. Centr.-Bl. XXXII. 31.

Wolharst, Abr. L., A contribution to the snbject of syphilitic prophylaxis by the use of calomel ointment. New York med. Record LXXIV. 17. p. 711. Oct.

Wright, Bartou Lisle, The treatment of tuberculosis by the administration of mercury. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVffl. 9. p. 785. Aug.

Wyss, H. von, Ueber d. Verhalten d. Bromsalze im menschl. u. thier. Organismus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakoi. LIX. 2 u. 3. p. 186.

Zernik, Franx, Nene Arzneimittol, Specialitäten u. Geheimmittel. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 40.

Zingher, Carl, Eubornyl bei Erkrankungen d. Nervensystems. Wion. klin. Rundschnu XXII. 39.

Zlatogorow, S. J., Lysoform als Desinficiens. Allg. med. Centr.-Ztg. f.XXVII. 3f.

Zuelzer, G., Ergotina styptica u. Herzarbeit. Ztschr. f. experim. Pathol. n. Ther. V. 2. p. 295.

Zwintz, Julius, Physiog. Versuche mit d. Cichorio. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 42.

S. a. II. Pick. III. Herxog. IV. 2. Combemale; 5. Carnot, Discnsaion, Esaor, Müller; fl. Haedicke. X. Guillery.

3) *Toxikologie.*

Ahel, Johu J., and William W. Ford, Further observations of the poison of Amanita phnlloides. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 8.

Avery, J. Stanley, A case of acute cantharides poisoning. Lancet Sept. 12. vgl. a. Oct. f0. p. 1108.

Birch-Hirschfeld, Arthur, und Georg Köster, Zur patholog. Anatomie d. Atoxylvergiftung. Fortschr. d. Med. XXVI. 22. p. 673.

Brandl, J., Ueber Saponin von Agrostemma Githago. Arch. f. experim. Pathol. n. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 299.

Brault, J., Accidents arsénicaux chez les colons algériens. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 136. Août.

Cash, J. Thcodore, The contraction of frogs muscle after administration of lead. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 93.

Cooke, Elizabeth, and Leo Loeh, Haemolytic action of the venom of helodorma suspectum. Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. 104.

Discuasion on fatty acid intoxication. Brit. med. Journ. Oct. 17.

Douglas, Charles J., The narcotic method of treating morphinism. New York mod. Record LXXfV. 10. p. 404. Sept.

Duckworth, Dyce, On the opium hsbit and morphinism. Lancet Aug. 15.

von Dungern u. Coca, Ueber Hämolyse durch Schlangengift. Biochem. Ztschr. XII. 5 u. 6. p. 407.

Eggenherger, Hans, Wismnthvergiftung durch fnjektionsbehandlung. Chir. Centr.-Bl. XXXV. 44. p. 1309.

Faust, Edwin Stanton, Ueber chron. Oelsäurevergiftuug. Arch. f. experim. Pnthol. u. Pharmakol. Suppl. p. 171.

Flint-Taylor, Mary, Fatal toxaemia nfter administration of chloroform. Lancet Sept. 12.

Friedländer, Richard, Lysol u. Lysolvergiftung. Therap. Monatsh. XXII. 10. p. 536.

Führer, Hormann, Die quantitative Bestimmung d. aynthetischen Muscarins auf physiolog. Wege. Arch. f. experim. Pnthol. u. Pharmakol. f.IX. 2 u. 3. p. f79.

Führer, Hermann, Ueber d. Schicksal d. synthet. Muscarins im Thierkörper. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 208.

Gaglio, Gaetano, fnfluenza delln temperatura sulle glucosnrie tossiche. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Snppl. p. 294.

Gamgee, Arthnr, On chronic morphinism and its treatmont. Lancet Sept. 12.

Garnier, Léon, fntoxication par la digitaline. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 146. Août.

Glaser, Edunrd, Eiu Beitrag xur Kenntniss d.

Vergiftung u. Fruchtabtreibung mit Taxus baccata. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 40.

Hanksln, Ein Fall von Bromismus. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 3. p. 366.

Harrison, R. T., A case of ipecacuanha poisoning. Lancet Aug. 22. p. 536.

Howitt, Frederic W., The prevention of deaths under anaesthetics. Lancet Sept. 19.

Josoph, Don R., The inhibitory influence of magnesium upon some of the toxic effects of eserin. Proceed. of the Soc. f. exporim. Biol. a. Med. V. p. 118.

Kiär, Robert W., Et Tilfälds af Nitritforgiftning after intern Anwendelse of subnitras bismuthicus ved Röntgenundersögelse. Hosp.-Tid. 5. R. I. 41.

Kuhner, R., Der patholog. Rausch. Med. Klin. IV. 36.

Lewin, L., Spektrophotogr. Untersuchungen über d. Einwirkung von Blausäure auf Blut. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 337.

Lewin, L., Die gewerbl. Vergiftung d. Haut durch Morphin u. Opium. Med. Klin. IV. 43.

Lipa Bey, Das Bromural, angewandt b. Haschisch-Rauchern. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 15. p. 496.

Marshall, John, Examination for carbon monoxids haemoglobin of the blood of a miner, whose death occurred on a recent gas explosion in a bituminous coal mine with a quantitative determination of the vaston monoxid contained in the blood. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 6. p. 196. Aug.

Meyer, Erich, Vergiftung durch Bismuthum subnitricum u. sein Ersatz durch Bismuthum carbonicum. Therap. Monatsh. XXII. 8. p. 388.

Middleton, J., Notes on a case of accidental poisoning by chloride of antimony. Lancet Oct. 3. p. 1013.

Neumann, Hermann, Veronalvergiftung u. Glykosurie. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 37.

Neumayer, L., Ueber d. Wirkung d. Sapotoxins von Agrostemma Githago auf Blut u. thier. Gewebe. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. LIX. 4 u. 5. p. 311.

Nowak, Josef, u. Carl Gütig, Nitritvergiftung durch Bismuthum subnitricum. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 39.

Parsons, J. Arthur, A case of veronal poisoning. Brit. med. Journ. Sept. 19. p. 832.

Pollacani, Paul, A propos du soi-disant pouvoir désintoxiquant des tissues animaux pour la strychnine. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 419.

Raimondi, C., Sul medo d'aziono di sieri antitetanici e di alcuni preparati chimici rispetto all'avvelenamento di stricnina. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 449.

Riess, L., Ueber Vergiftung mit chlors. Kalium nebst Bemerkungen über Hämoglobinausscheidung in d. Niere. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 460.

Rumpf, Th., Ueber Vergiftung durch Phosphoroxychlorid. Med. Klin. IV. 36.

Sacquépée, E., Empoisonnements alimentaires par les microbes du groupue proteus. Progrès méd. 3. S. XXIII. 35.

Salomon, Oskar, Ein interessanter Fall von Chininintoxikation. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Sano, Torata, Ueber d. entgiftende Vermögen einzelner Gehirnabschnitte gegenüber d. Strychnin. Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 369.

Santesson, C. G., Några ord om gifters inflytande på enzymatiske processer. Hygiea Festb. I. 6.

Santeeson, C. G., Einiges über d. Wirkung von Giften auf enzymat. Processe. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 469.

Siewert, A. von, u. W. Heubner, Ueber Druckmessung im Herzen, insbesond. b. Strophantinvergiftung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 496.

Somers, Elbert M., Chronic alcoholism. Albany med. Ann. XXIX. 8. p. 637. Aug.

Tallby, James E., The prolonged use and toxic action of sulphonal. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 581. Oct

Tsisky, Ludwig, Gewerbl. Bleivergiftungsfälle mit seltener Entstehungsursache. [Med. Reform.] 8. 88.

Teleky, Ludwig, Die gewerbl. Bleivergiftung in Oesterreich. Ztschr. f. soc. Med. LI. p. 291.

Thiorfelder; Rubner, Gutachten d. kön. wissenschaftl. Deputation f. d. Medicinalwesen betr. kupferhaltige Spinatconserven. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXVI. 2. p. 364.

Wachholz, L., Zur Casuistik d. sogen. Fleischvergiftungen. Med. Klin. IV. 32.

Walker, Edward, An unusual case of chronic hi-nitrobenzone poisoning. Lancet Sept. 5.

Woyl, S., Die natürl. Immunität d. Salamanders gegen Krampfgifte (Coriamyrthin, Pikrotoxin). Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 513.

Winnogradow, Basil, Zur Frage über Oxalsäurevergiftung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 40.

Wirth, Karl, Tetanie bei Phosphorvergiftung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 38. — Mitth. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderhkde. VII. 19. p. 111.

S. a. I. Pond. IV. S. Kissingor. IX. Aschaffenburg, Wassermayer. XI. Benjamins. XV. Teleky. XVI. Harnack, Panzer. XX. Harnack.

XIV. Allgemeine Therapie.

1) *Bäder und Kurorte; Klimatologie.*

Dalmady, Zoltan von, Biolog. Gesichtspunkte im Gebiete d. Klimatotherapie. Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XII. 7. p. 415.

Kalinczack, L. von, Erfahrungen über d. Verordnungsweise d. Marienbader Wässer. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 32.

Kisch, E. Heinrich, Balneolog. Laboratorien in d. Kurorten. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 8.

Louschner, Richard, Kurze Mittheilungen über d. Bäderbehandlung von nervösen Kranken in Mt. Clemens, Mich. New Yorker med. Mon.-Schr. XX. 4. p. 184.

Louschner, Richard, Physiolog. action of the Mount Clemens mineral bath. New York med. Record LXXIV. 6. p. 227. Aug.

R., P., Erste ärztl. Studienreise durch Schweizer Kurorte 1907. Ann. d. schweiz. balneol. Ges. IV. p. 100.

Scherk, Die Bedeutung d. minimalen Werthe in d. Balneologie. Therap. Monatsh. XXII. 9. p. 458.

Schütz, Julius, Ueber d. Einfluss einiger Marienbader Quellwässer auf d. Pepsinverdauung. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 32.

Schwarz, Richard, Ueber d. Kurmittel von Bad Mergentheim. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 31.

Sommer, Ernst, Beiträge zur Kenntniss d. Radioaktivität u. ihrer therapeut. Wirkungen, mit besond. Berücksicht. d. schweiz. Heilquellen. Ann. d. schweiz. balneol. Ges. IV. p. 36.

Strasser, Paul, Histor. u. klimat. Notizen über Interlaken. Ann. d. schweiz. balneol. Ges. IV. p. 12.

Tavel, Die *Bier*'sche Stauung u. ihre Beziehungen zur Chirurgie u. Balneologie. Ann. d. schweiz. balneol. Ges. IV. p. 21.

Tuszkai, Ö., Eine neue Richtung in d. Balneologie. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 32.

Weudt, Georg von, Nagra iakttagelser öfver höjdklimatets inflydande på ämnesomsättnigen hos människan. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 226. Okt.

Wsruer, Lippspringe u. d. Heilstätten. Paderborn. Ferd. Schöningh. 8. 102 S. 3 Mk.

Zikel, Heinz. Wirksame Badskuren. Med. Klin. IV. 34.

S. a. IV. 2. Arends; 4. Fisch; 6. Engel. XI. Hennig.

Digitized by Google

2) *Hydrotherapie, Massage, diätet. Kuren.*

Alrutz, Sydney, Die Funktion d. Temperatursinne in warmen Bädern. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. [I. Psychol.] XLVIII. 5 u. 6. p. 385.

Benderski, J., Ueber Massage im Moorbade. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 4. p. 294.

Binder, Emil, Fangobehandl. d. gonorrhoischen Arthritiden. Militärarzt XLII. 20.

Buxbaum, B., Krit. Bemerkungen zu d. techn. Neuerungen in d. Hydrotherapie. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 8.

Hess, Walter, Der Einfluss warmer Bäder auf d. Viscosität d. Blutes. Wien. klin. Rundschau XXII. 38.

Hirschfeld, Felix, Die *Karell*'sche Milchkur u. d. Unterernährung b. Compensationsstörungen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 20.

Jacob, L., Ueber d. Bedeutung d. *Karell*-Kur b. d. Beseitigung schwerer Kreislaufstörungen u. d. Behandlung d. Fettsucht. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 4. p. 53.

Klopstock, F., Ueber künstliche Schwefelbäder. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Lenkei, W. D., Meinungsverschiedenheiten in d. Anwendung d. Sonnenbäder. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 4. p. 269.

McKenzie, R. Tait, Physical therapeutics. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 505. Oct.

Martin, Paul, Technique générale du massage et son application particulière aux fractures. Echo méd. du Nord XII. 42.

Moritz, F., Ueber Entfettung durch reine Milchkuren. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Müller, E., Ueber *Sarason*'sche Ozetbäder. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Rosenthal, Carl, Zur Physiologie d. Massage. Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. XII. 6. 7. p. 319. 401.

Schmitgen, Ueber *Sarason*'sche Ozetbäder bei Arteriosklerose. Einige Bemerkungen über d. Kohlensäure- u. Sauerstoffperlbad. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 8. p. 353.

Schultz, Franz, Zur Frage d. Homogenbestrahlung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

Strasser, Alois, Die Hydrotherapie in d. inneren Medicin. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 7.

Tornai, Josef, Ueber d. Wirkung d. Sauerstoffbäder. Ztschr. f. physik. u. diät. Ther. XII. 7. p. 424.

Welti-Kettiger, A., Blutdruck u. Puls in u. nach Bädern. Ann. d. schweiz. halneol. Ges. IV. p. 72.

Wide, Anders, Den svenska gymnastikens utveckling. Hygiea Festb. II. 31.

Winternitz, Wilhelm, Mein Antheil an d. Entwickelung d. Hydrotherapie zum klin. Lehrgegenstande. Bl. f. klin. Hydrother. XVIII. 9.

S. a. IV. 4. Bncholz, Guth, Hasebrook; 8. De Vries. V. 1. Lucas. VI. Bourcart. IX. Stockton. X. Górard. XIII. 2. Herschell, Hill.

3) *Elektrotherapie.*

Arndt, Georg, u. August Laqueur, Experim. Untersuchungen über d. Fulguration an lebenswichtigen Organen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31.

Deschamps, E., L'action thérapeutique de la galvanisation. Bull. de Thér. CLVI. 4. p. 141. Juillet 30.

Discussion on interrupted currents in medical practice. Brit. med. Journ. Sept. 12.

Fisher, Mulford K., Electrotherapeutics. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 15. p. 689. Oct.

Linn, Fritz, Ueber d. Wirkung lokaler Arsonvalisation. Arch. f. physik. Med. u. med. Technik III. 3 u. 4. p. 275.

Pinczower, E., IV. internat. Congress f. med. Elektrolyse u. Radiologie. Berl. klin. Wchnschr. XLVI. 39.

Stansfield, W., and Alfred Johnson, A new combination electric wave apparatus and its therapeutic value. Lancet Oct. 3. p. 1012.

Wasielewski, Th. von, u. L. Hirschfeld, Ueber d. Einfluss d. Fulguration auf d. Lebensfähigkeit von Zellen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Zanietowski, Josef, Compendium d. modernen Elektromedicin. Leipzig u. Wien 1909. Franz Deuticke. 8. IX u. 272 S. mit 84 Abbild. im Text. 7 Mk.

S. a. I. *Elektrotechnik.* II. *Elektrophysiologie.* IV. 4. Arnold; 8. Harris, Kahane; 10. Jonas. V. 1. *Fulguration.* X. Hertel, Mellinger. XI. von Eichborn.

4) *Verschiedenes.*

Andersson, Nils, Ueber d. Verhalten d. Blutzuckers b. Aderlass. Biochem. Ztschr. XII. 1. p. 1.

Benedict, A. L., Psychotherapy. Thorap. Gaz. 3. S. XXIV. 9. p. 609. Sept.

Carling, John, Observation on open-air treatment. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 9. p. 403. Aug.

Choay, E., Influence du mode de préparation sur l'activité des extraits opothérapiques. Bull. de Thér. CLVI. 5. p. 177. Août 8.

Crofton, W. M., Some cases of vaccine-therapy. Brit. med. Journ. Sept. 26.

Eijsselsteijn, G. van, Reinigingsclysma's en clysma's tot resorptie. Nederl. Weekbl. II. 8.

Eijsselateijn, G. van, Kunstmadige ademhaling en hoe sij behoort te worden toegepast. Noderl. Weekbl. II. 17.

Etienne, G., et J. Parisot, Action sur l'appareil cardio-vasculaire des injections répétées d'extrait d'hypophyse. Ann. de Méd. expérim. XX. 4. p. 422. Juillet.

Forel, A., Zum heutigen Stand d. Psychotherapie. Journ. f. Psychol. u. Neurol. VI. 6. p. 266.

Funke, John, Test to determine the adaptability of the donor's blood to the receiver's blood in transfusion. Therap. Gaz. 3. S. XXIV. 7. p. 457. July.

Herz, Max, Ueber d. Behandlung von Allgemeinerkrankungen mit strömender Luft. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Krautschneider, Karl, Eine neue Methode d. subcutanen Serum- u. s. w. Injektionen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Macnaughton-Jones, H., A few therapeutical items. Folia therap. II. 4. p. 107.

Richardson, Mark Wyman, The present status of serum and vaccine therapy. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 4. p. 511. Oct.

Rijperda von Wiersma, A., Suggestie en persuasie in de gewone praktijk. Nederl. Weekbl. II. 13.

Romberg, Die heutigen Methoden zur Anregung d. Diurese. Münchn. med. Wchnschr. LV. 39.

Schmidt, Kurt, Ueber Technik u. Wirkung d. Stauungshyperämie u. ihre Verwendung in der Praxis. Wien. klin. Rundschau XXII. 37.

Schmidt, H. E., Zur Bestimmung d. Strahlendosen, welche b. d. einzelnen zur Röntgenbehandlung geeigneten Erkrankungen erforderlich sind. Therap. Monatsh. XXII. 9. p. 439.

Schmidt, H. E., Bericht über d. Thätigkeit d. Univers.-Inst. f. Lichtbehandlung. Charité-Ann. XXXII. p. 495.

Schmidt, Kurt, Ueber Technik u. Wirkung der Stauungshyperämie u. ihre Verwendung in d. Praxis. Wien. klin. Rundschau XXII. 38. 39.

Serumtherapie s. III. IV. 2. *Currie, Damansky, Flexner, Frey, Grant, Grüner, Jerie, Ker, Köhler, Orth, Sokolowski, Wagner, Weiss;* 3. *Heine, May;* 5. *Hort;* 6. *Casper, Teissier;* 8. *Schneider.* V. 1. *Strauss.* X. *Baikart, Römer.* XII. *Skillern, Herschell, Lery.* XIV. 4. *Crofton, Umber.*

Strauss, Artur, Die Wasserstrahlpumpe im

Dienste d. Medicin, insbes. d. Saugbehandlung. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 38.

Stuart, Anna M., Psychotherapy. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 12. p. 542. Sept.

Szurek, Stanislaus, Die Lehren von *Alexander Poehl* u. d. mit seinen Präparaten erzielten Erfolge. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 36.

Thost, Arthur, Das Inhalatorium im Eppendorfer Krankenhaus, nebst einigen Bemerkungen über Inhalationstherapie. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. VIII. 9. p. 249.

Umber, Zur Gefahr d. Reinjektion von Heilserum. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 10. p. 480.

Wilcox, Reynold Webb, Thymic opotherapy. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 7. p. 210. Aug.

S. a. IV. 3. Bittorf; 4. Homberger; 8. Delherm. VIII. Fischl. XIII. 2. Kraus.

XV. Hygieine. Sanitätspolizei. Gewerbekrankheiten.

Adam, Paul, Hygiène des villes, fumées et odeurs. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 280. Oct.

Alhurtoni, Piotro, u. Felix Rossi, Die Wirkung des Fleisches auf Vegetarianer. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Snppl. p. 29.

Albertoni, P., u. F. Rossi, Bilan nutritif du paysan des Abruzzes et ses conditions physiologiques, psychologiques et économiques. Arch. ital. de Biol. XLIX. 2. p. 241.

Alkohols. I. *Kemp, Pringsheim.* IV. 5. *Koettlitz.* IX. *Jelliffe.* XIII. 2. *Becker, Bodine, Brandini, Kemp, Townsend;* 3. *Somers.* XV. *Davies, Discussion, Pohl, Rost.*

Andresen, Ein neuer Sterilisationsapparat. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 9. p. 680.

Assainissement et salubrité de l'habitation. Compte-rendu des travaux du deuxième congrès international tenu à Genève du 4 au 10 sept. 1906. Public par les soins de M. *Fernand Marié Davy.* Paris 1907. Jules Roussel. 8. 874 pp. avec illustr.

Aubert, L., Les bureaux d'hygiène dans le département de la Seine. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 205. Sept.

Baeskow, Alfred, 2 elektr. Unfälle. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. XV. 10. p. 307.

Bernhardt. M., Weitere Mittheilungen über die Betriebsunfälle der Telephonistinnen. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 31. 32.

Biesalski, Die Grundlage moderner Krüppelfürsorge. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 33.

Bleihtreu, Leopold, Ueber d. Gefahren d. Verwendung von sogen. Essigessenz (80proc. Holzessigsäure). Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Bonn, Edmund, Wie schützen wir unsere Jugend vor der sexuellen Gefährdung? Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 31. 33. 34.

Brezina, Ernst, Ueber die Verwerthbarkeit der Sauerstoffzehrung in d. Methodik d. Wasser- u. Abwasser-Untersuchung. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 44.

Bröse, Zur Abwehr. [Zur Edsalzfrage.] Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 3. p. 625.

Bruns, Hugo, Ueber d. bakteriolog. Verhalten d. Fischfleisches nach d. Zubereitung. Arch. f. Hyg. LXVII. 3. p. 209.

Bryce, Alexander, The limitation of a purin-free diet. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Bushnell, F. G., Co-ordination in pathology and public health. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Bussman, Paul F., Properly constructed filtering beds. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 9. p. 402. Aug.

Cabanès, J., Des odeurs et leur influence sur l'organisme. Bull de Thér. CLVI. 13. p. 492. Oct. 8.

Carozzi, Luigi, An international committee on industrial diseases. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Chyzer, Adalbert, Maladies industrielles provenant de la manipulation des accumulateurs. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 249. Sept.

Coffey, Titian, Housing problem. Calif. State Journ. of Med. VI. 10. p. 355. Oct.

Corbusier, Harold D., Schädl. Wirknng der Sonnenstrahlen u. d. Hitze. Militärarzt XLII. 17.

Crawford, G. S., Alcohol as a cause of inefficiency. Brit. med. Journ. Aug. 8.

Cumston, Charles Greene, Marriage from a medical view point. New Yurk med. Record LXXIV. 8. p. 314. Aug.

Davies, A. M., The influence of alcohol in the services. Brit. med. Journ. Aug. 8.

De Buy Wenniger, L. M., Nog een geval van gegeneraliseerte vaccine bij een kind met eczem. Noderl. Weekbl. II. 9.

Denkschrift über d. Notwendigkeit d. Weissphosphorverbotes in Oesterreich. 4°. 4 S. u. 1 Tafel.

Dingwall-Fordyce, A., The percentage composition of Edinburgh milks. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 230. Sept.

Discussion on smoke abatement. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Discussion on the modification of industrial diseases. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Discussion on school life from the point of view of psychical medicine. Brit. med. Journ. Sept. 19.

Discussiou on the treatmeut of the habitual drunkard. Brit. mod. Journ. Sept. 19.

Douglas, Carstairs C., The training of teachers in personal and school hygiene. Brit. med. Journ. Aug. 8.

Dzerszczowski, E. K., et S. N. Predtôtchensky, Contribution à la desinfection de l'eau par l'ozone. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. XIII. 4 et 5. p. 375.

Eber, A., Ueber den Tuberkelbacillengehalt der in Leipzig zum Verkauf kommenden Milch u. Molkereiprodukte. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 34.

Eichhoff, P. J., Ein neuer Fall von Vaccineinfektion. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Emerson, Herbert C., State sanitary supervision. Boston med. a. surg. Journ. CLIX. 12. p. 370. Sept.

Forster, Edm., Ueber d. körperl. Strafen in der Schule. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 34.

Friedmann, Moritz, Das Trinkwasser mit besond. Berücksicht. d. Wasserversorgung im Felde. Militärarzt XLII. 15.

Fürst, Valentin, Bör det väre forthudt at sälge melk fra kjör med jurbetändelse? Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 9. s. 895.

Gamgee, Arthur, Are yeast extracts justifiable as substitutes for extract of meat? Brit. med. Journ. Aug. 22.

Haan, J. de, Het water uit de Zem-Zemput te Mekka. Nederl. Weekbl. XLIII. 4. blz. 557.

Halberstadt, Les habitations à bon marché. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 331. Oct.

Halg, Alexander, Some mistakes which may prevent the best results of the uric acidfree diet. New York med. Record LXXIV. 14. p. 560.

Hamm, Die Gefahren des Gasbadeofens. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Hananer, W., Geschichte der Sterblichkeit u. der öffentl. Gesundheitspflege in Frankfurt a. M. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 4. p. 651.

Hettersdorf, Friedr., Ueber Selbstreinigung der Flüsse. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 4. p. 615.

Henbner, W., u. M. Reeh, Ueber Menge u. Vertheilung d. Phosphors in einigen Nahrungsmitteln. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 265.

Hewett, J. Prescott, On sanitation in India. Lancet Oct. 24.

Holitscher, A., Alkoholsitte — Opiumsitte. Ein Vergleich. Münchon. Ernst Reinhardt. 8. 39 S. 80 Pf.

Jacquet, Lucien, Hygiène de la peau et de la chevelure. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 261. Sept.

James, J. Brindley, Death certification and death verification. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Johnston, C., and S. R. Bennet, Dust removal in the grinding trades. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Jones, Laman Asa, The need and value of health inspection work. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 17. p. 790. Oct.

Kaupe, Walther, Zu welcher Jahreszeit sollen wir impfen? Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XXVII. 7 u. 8. p. 343.

Kayser, Paul, Ueber Turnen u. Bewegungsspiele in d. höheren u. niederen Schulen vom Standpunkte der öffentl. Gesundheitspflege. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XL. 4. p. 595.

Kelsch; Camus et Tanon, L'immunite et l'immunisation vaccinales dans leurs rapports avec la voie de pénétration du virus. L'immunisation par les revaccinations. Bull. de l'Acad. 3. S. LX. 30. p. 128. Juillet 28.

Kobrak, Erwin, Infektion eines Kindes mit generalisirter Vaccine, übertragen von d. normalen Impfpusteln d. Bruders. Med. Klin. IV. 40.

Kolb, Karl, Unsere Leichenschau. Münchn. med. Wchnschr. LV. 46.

Kopp, C., Prostitution u. Reglementirung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 36.

Kunort, Zur Erdsalzfrage. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XXVI. 8. p. 621.

Leclerc de Pulligny, Les scaphandriers et la ventilation. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 143. Août.

Lehmann, K. B., Ueber d. quantitative Aufnahme fester u. flüss. Fabrikgifte durch die unverletzte Haut. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. p. 130.

Leven, Leonhard, Fall von Vaccineübertragung auf d. Vulva. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43.

Liefmann, H., u. M. Klostermann, Der Einfluss hoher Wärmegrade auf den arbeitenden Organismus (nach Versuchen in Salzbergwerken). Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XLI. 1. p. 148.

Loew, Oskar, Zur Physiologie d. Acclimatisirung. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Loghem, J. J. van, Pulex cheopis op ratten in Deli. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLIII. 4. blz. 586.

van Loghem en J. C. W. van Loghem-Pow, Het voorkomen van de gele-koortsmug (stegomyia calopus) in Nederlandsch Indië. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLIII. 4. blz. 577.

Mc Cune, Frank E., A case of compressed air illness, or caisson disease. Brit. med. Journ. Aug. 18. p. 326.

Mc Walter, J. C., Lodging houses under the public healt acts amendment. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Martal, H., La radioscopie et la radiographie appliquées à l'inspection des viandes tuberculeuses. Ann. d'Gyg. 4. S. IX. p. 134. Août.

Montgomery, D. W., Stimulants used in cooking. Calif. State Journ. of Med. VI. 8. q. 257. Aug.

Müller, G. J., Aktinotherapie u. Kosmetik. Med. Klin. IV. 35.

Nascher, J. L., Prostitution. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 6. p. 260. Aug.

Nenmann, Die Aufgabe der Krankheitsverhütung b. Volk u. Armee. Militärarzt XLII. 18.

Nijland, A. H., Zevantiende jaarsvorslag van de Landskoepokinrichting en dertiende jaarsvorslag van het Institut Pasteur le Weltevreden over 1907. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLII. 4. blz. 485.

Oliver, Thomas, Tar and asphalt workers epithelioma and chimney sweeps' cancer. Brit. med. Journ. Aug. 22.

Owen, Edmund, On dust and disease. Brit. med. Journ. Aug. 8.

Peters, Zur Frage d. Enteisenung von Einzelbrunnen, besonders auf d. flachen Lande. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 247.

Pfister, Rud., Die Trunksucht als Todesursache in Basel in d. JJ. 1892—1906. Virchow's Arch. CXCIII. 2. p. 290.

Pfuhl, Ueber d. Verunreinigung d. Inhaltes von Conservenbüchsen nach d. Sterilisation. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 2. p. 209.

Philbrick, Ines C., Malnutrition and society. New York med. Record LXXIV. 13. p. 525. Sept.

Pineiro, Carlos, Stigmates professionels des cigariers. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 155. Août.

Poell, J. H. M. M., Een geval van vaccinin van een kind met darmworm. Nederl. Weekbl. II. 57. blz. 552.

Poetter, 33. Versamml. d. deutschen Ver. f. öff. Gesundheitspflege, Wiesbaden, 16. bis 18. Sept. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41. Ver.-Ber.

Pohl, Julius, Quantitative Versuche über die Exhalation von Alkoholen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Snppl. p. 427.

Pritchard, G. Eric, A state regulation of proprietary medicines and foods. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Rabenhorst, W., u. J. Varges, Coffeinfreier Kaffee. Med. Klin. IV. 42.

Reichal, Heinrich, Die Trinkwasserdesinfektion durch Wasserstoffsuperoxyd. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. LXI. 1. p. 49.

Reille, Destruction par l'arsenic des insectes nuisibles à l'agriculture. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 505. Oct.

Richter, Geo., Die Feuchtigkeitsreaktion trockner Gelatine u. ihre Bedeutung f. d. Präservirung von Fleischsaft. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Ritter, G., u. P. Fraenkel, Zum Rettungswesen in Westerland. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43.

Rost, E., Die physiolog. Wirkungen d. Alkohols. Berlin. Deutscher Verl. f. Volkswohlfahrt. 8. 32 S.

Rubner, Max, Kraft u. Stoff im Haushalt des Lebens. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 40.

Rudorff, F., Moyens d'adaptor la vente du lait en gros et en detail aux besoins hygiéniques. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 326. Oct.

Sartorius, Richard, Fürsorge f. krampfkranke schulpflicht. Kinder. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXVI. 2. p. 404.

Schenk, Paul, Impfung u. Ekzem. Med. Klin. IV. 37.

Schreiber u. Tscherbina, Das Rettungswesen auf d. russ. Eisenbahnen. Ztschr. f. Eisenbahnhyg. IV. 10. p. 153.

Sedgwick, William T., The call to public health. Yale med. Journ. XV. 1. p. 1. July.

Seligmann, E., Ueber 2 neue Formaldehydseifenpräparate. Desinfektion I. 1. p. 12.

Shufflehotham, Frank, The sanitation of mines. Lancet Sept. 26.

Snell, Simeon, On miners hygiene. Brit. med. Journ. Aug. 1.

Snell, Simeon, On the hygiene of the miners. Lancet Aug. 1.

Sofer, L., Die Bekämpfung u. Tilgung der als Krankheitsüberträger in Betracht kommenden Insekten. Therap. Monatsh. XXII. 10. p. 505.

Steinhaus, F., Bericht über die schulärztl. Thätigkeit an den Volksschulen in Dortmund f. d. Schuljahr 1906/1907. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XXVII. 7 u. 8. p. 283.

Sternburg, Wilhelm, Grundsätze d. Ernährung in d. Krankenküche. Ther. d. Gegenw. II. F. X. 8. p. 357.

Tambour, Arthur, Des dangers de la contamination par la patène. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 336. Oct.

Teleky, Ludwig, Ein Beitrag zur Hygieine der Erzeugung von ordinären Töpferwaren u. Ofenkacheln in Oesterreich. Arbeiterschutz 19. 20.

Teleky, Ludwig, Das Verbot d. Beschwerung d.

Seide mit Bleiverbindungen u. seine Durchführung. Concordia XV. 5.

Travis, George Lewis, The Hampton interpretation of the operation of sewage purification. Brit. med. Journ. Aug. 29.

Trillat, A., L'aldéhyde acétique dans lo via. Ann. de l'Inst. Pastenr XXII. 9. p. 764. Sept.

Veraammlung, 33., des deutschea Ver. f. öffentl. Gesuadheitspflege in Wiesbaden. Münchn. med. Wchnschr. LV. 40.

Voisin, H., De l'importance de caractère hypominéral do l'eau d'usage interne. Gaz. des Hôp. 117.

Warrack, J. S., Sanitation in a territorial camp. Lancet Sept. 26.

Weiss jun., Karl E., Schularzt u. Schulaugenarzt. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 41.

Wilo, Ira S., Carsickness. [Sickness due to riding in a car.] New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 8. p. 353. Aug.

Willebrand, H. von, Om formalindesinfektion utan apparat. Finska läkaresällsk. handl. L. s. 210. Sept.

Wilmart, J., Application des mesures d'hygiène par l'administration communale de Bruxelles en 1907. Presse méd. belge LX. 31.

Wunschheim, Oacar von, Das Heissluftzimmer, ein grosser Trockensterilisator. Desinfektion I. 2. p. 43.

Zellner, H., Cichorie. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XXVII. 7 u. 8. p. 345.

Zönkendörfer, Versuche über rationelle Reinigung d. Marienbader Abwässer. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 32.

S. a. I. Habermann, Schulze, Suwa. II. Sternberg. IV. 2. Triberger, Woltomas; 3. Discussion, Oliver, Ruota; 10. Gardener, Shufflebotham. VIII. Banmnnn, Cooley, Debeyro, Klotz, Moro, Siegert, Widmark.

XVI. Staatsarzneikunde. Gerichtliche Medicin. Unfall-Heilkunde.

Asehaffenburg, Gustav, Das Greisenalter in forens. Beziehnng. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Boule, L., Responsabilito normale ot pathologique. Revue des Question scientif. XIV. p. 16. 375.

Cahanés, Castration et criminalité. Bull. de Thér. CLVI. 9. p. 321. Sept. 8.

Chopinet, Mauriee, Le médecin devant les lois nouvelles. Aan. d'Hyg. 4. S. IX. p. 97. Août.

Cramer, A., Psychiatr. Wünsche zur Strafrechtsreform. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Dercum, F. X., The snpposed evils of expert testimony. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 4. p. 146. July.

Discnssion on certificates of fitness. Brit. med. Journ. Aug. 5.

East, Guy Rowland, An unusual methodo of suicide. Brit. med. Journ. Aug. 5. p. 408.

Feilchenfeld, Loopold, Ueber d. med. Grundlagen f. d. Bestimmung d. Unfallbegriffe. Ztschr. f. Versich.-Med. 3. p. 49.

Flügge, Zum Entwurfe einer Strafprocessordnung, nebst Novelle zum Gerichtsverfassungsgesetzo. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Geyer, Beiträge zum Magnetismus. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXVI. 2. p. 203.

Haan, J. de, Over het oaderzoek van bloedvlekken. Geneesk. Tijdschr. voor Nedorl. Indië XLVIII. 3. blz. 393.

Harnack, Erich, u. Hermann Hildebrandt, Ueber postmortale Wirkung von Aetzgiften im Magen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 246.

Hoepfner, Theodor, Der § 57 d. D.St.G.B. u. d. Stottern. Ther. d. Gegeaw. N. F. X. 8. p. 364.

Jellinek, S., Studien über d. Wirkung elektr. Starkströme auf d. einzelnen Organsysteme im Thierkörper. Arch. f. Physiol. CXXIV. 6—8. p. 271.

Köhler, A., Ueber d. ärztl. Untersnchung d. Unfallverletzten. Charité-Ann. XXXII. p. 401.

König, Die traumat. Knochengelenkentzündung in ihrer Bedeutung f. d. Gutachten d. Unfallarztes. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 37.

Kreutzmann, H. J., The legal aspect of an incision. Calif. State Journ. of Med. VI. 10. p. 344. Oct.

Leers, Otto, Methoden u. Technik d. Gewinnung, Prüfung u. Conservirung des zur forens. Blut-, bez. Eiweissdifferenzirung dienendon Antiserums. Berlin. Rich. Schütz. 8. 31 S. 80 Pf.

Lissan, Siegfried, Ein Fall aus d. versicherungsärztl. Praxis. [Angebl. Erkrankung in Folge d. Untersuchnng.] Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 38.

Marx, Karl, Zur Lehre von d. Brüchen d. Schädeldaches. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXVI. 2. p. 295.

Müller, Franz C., Ein histor. beglaubigter Rentenjäger. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42.

Näcke, P., Ueber Familienmord durch Geisteskranke. Halle a. d. S. Carl Marhold. 8. 140 S. 4 Mk.

Neter, Engen, Die Behandlung d. straffälligen Jugend. München. Verl. d. Aorztl. Rundschau (Otto Gmelin). 8. 56 S. 1 Mk. 50 Pf.

Olshansen, Th., Das Reichsgericht zur Frage d. künstlichea Befruchtung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Paazer, Theodor, Zum gerichtl. Nachweis d. Veronals. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXVI. 2. p. 311.

Risch, Din forens. Bedeutung d. psychogenen Zustände u. ihre Abgrenzung von d. Hysterie. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. XIX. 10. p. 369. Mai.

Rühs, Carl, Ein Beitrag zur Fäulniss d. Lungen Neugeboreuer. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXVI. 2. p. 251.

Sartorius, Richard, Dio forens. Bedeutung d. Dementia praecox. Allg. Ztschr. f. Psych. LXV. 4. p. 666.

Schönfeld, R., Traumat. Hypochondrie oder Rentenhypochondrie. Med. Klin. IV. 31.

Schröder, Die Eklampsie d. Schwangeren u. Gebärenden in gerichtsärztl. Beziehung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXVI. 2. p. 271.

Sommer, Irrenärzte u. Richter. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Strassmann, F., Tod durch Erwürgeu oder gewaltsames Anfassen d. Halses. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXVI. 2. p. 282.

Thoinot, L., L'épreuve de Breslau, docimasie gastro-intestiaale. Ann. d'Hyg. 4. S. IX. p. 338. Oct.

Töhber, Heinrich, Ueber d. gerichtsärztl. Bedeutung d. epilept. Dämmerzustände. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXVI. 2. p. 331.

Trembur, F., Ueber d. Wirkung d. elektr. Hochspannnngsstromes vom gerichtsärztl. Standpunkte. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XXXVI. 2. p. 369.

Windscheid, Nervonschwäche als Unfallsfolge vernoint. Med. Klin. IV. 33.

S. a. IV. 8. Froehlich, Windscheid, 9. Kaufmann. VII. Maret. IX. Fritsch, Neil, Risch, White, Wilmanns. XI. Dahmer. XIII. 3. Glaser. XIX. Alaborg, Flesch.

XVII. Militärärztliche Wissenschaft.

Barker, J. Ellis, National military service and national physique. Brit. med. Jonra. Aug. 29.

Brackham, Robert J., The feeding of the soldier in baracks, in hospital and in war. Brit. med. Journ. Aug. 8.

Glaser, Erhard, Der Werth phys. Eigenschaften f. d. Beurtheilung d. Militärdiensttauchlichkeit u. d. Körperentwickelung. Militärarzt XLII. 16. 17. 18.

Hahn, Der deutsche Kriegs-Sanitätsdienst. Militärarzt XLII. 11.

Digitized by Google

Kimmle, Das deutsche rothe Kreuz im russ.-japan. Kriege. Mit Entgegnung von *H. Fischer*. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 35.

Macpherson, W. G., The transport of sick and wounded by rail way. Brit. med. Journ. Aug. 15.

Militärärzte, Stellung derselben. Militärarzt XLII. 17.

Prohyn, P. J., Oral sepsis in the services. Brit. med. Journ. Aug. 5.

Ruhig, Theodor, Improvisation d. Feldtrage aus einem Zeltblatte. Militärarzt XLII. 16.

Sinclair, W. V., The importance of learning and trade in the army. Brit. med. Journ. Aug. 8.

Steiner, Johann, Der Sanitätsdienst im Kampfe um Port Arthur 1904—1905. Militärarzt XLII. 11.

Twiss, G. E., The military home hospitals reserve. Brit. med. Journ. Aug. 5.

Woodbury, Frank D., Improvisirte Tragbahre auf d. Pferderücken. Militärarzt XLII. 18.

S. a. IX. Gorlach. X. Frachtmann. XV. Friedmann.

XVIII. Thierheilkunde. Veterinärwesen.

Calmette, A., et G. Guérin, Nouvelle contribution à l'étude de la vaccination des bovidées contre la tuberculose. Ann. de l'Inst. Pasteur XXII. 9. p. 689. Sept.

Dean, George, and W. E. Marshall, Observations indicating that the recent outbreak of diphtheria in the wood-pigeon (Columba palumbus) is caused by a „filter passer". Journ. of Pathol. a. Bakteriol. XIII. 1. p. 29. July.

Dexler, H., Die Hauptsymptome d. psychot. Erkrankungen d. Thiere. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 35—42.

Eber, Die Tuberkuloseschutz- u. Heilimpfung der Rinder nach Prof. Dr. *Heymans*, Gent. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLII. 9 u. 10.

Eber, A., Einige weitere Fälle erfolgreicher Uebertragung vom Menschen stammenden tuberkulosen Materials auf d. Rind. Wien. med. Wchnschr. LVIII. 43.

Galli-Valerio, Bruno, Spirochétiase des poules déterminée à Lausanne avec Argas persicus *Fischer* de Tunisie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Goebel, Oswald, Le nagana chez la ponle. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 16. p. 571.

Hsan, J. de, De methede der complementbinding als meddel tot het herkennen van kwaden droes. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 465.

Haan, J. de, Besmetting van een zogdier med vogeltuberkelbacillen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XLVIII. 3. blz. 482.

Henke, Friedrich. Rinderimpfung b. primärer Darmtuberkulose. Arh. a. d. Geh. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 349.

Kraus, R., u. S. Grosz, Ueber experimentelle Hauttuberkulose b. Affen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 3.

Levy, Ernest, Métastases calcaires classiques révélant une maladie osseuse chez le lapin. Arh. a. d. Geh. d. pathol. Anat. u. s. w. VI. p. 555.

Loeffler, F.; K. Rühs u. E. Walter, Die Heilung d. experiment. Nagana (Tsetsekrankheit). Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 34.

Schlegel, M., Bericht über d. Thätigkeit d. thierhyg. Instituts d. Univers. Freiburg i. Br. in den JJ. 1906 u. 1907. Ztschr. f. Thiermed. XII. 4. p. 269.

Walker, C. E., The action of 2 sera upon a carcinoma occurring in mice. Lancet Sept. 12.

Yakimoff, W. L., u. Nina Kohl, Zur Infektionsmöglichkeit d. Hühner mit Dourinetrypanosomen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XLVII. 4.

Zehrowski, E. v., Zur Frage vom Einfl. d. Tabakrauches auf Thiere. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 15.

S. a. II. *Vergl. Anatomie u. Physiologie, Zoologie, Zootomie.* III. *Vergl. Pathologie, Thiermedicin.* IV. 2. Hsan, Raw; 10. Sahouraud; 11. Wiman. XIII. 2. Fridberger.

XIX. Medicin im Allgemeinen. Ausbildung der Aerzte. Standesinteressen. Hospitäler. Volksschriften. Statistik. Krankenpflege.

Allbutt, T. Clifford, On hospitals, public medicine and medical studies. Lancet Oct. 10.

Alsberg, Max, Das ärztliche Berufsgeheimniss. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Beneke, R., Vorschläge zur Verbesserung des Studienplans d. Mediciner. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 37.

Bille-Top. H., Statist. Untersuchungen über die Morbilität verheiratheter u. unverheiratheter, wie auch nicht gelernter u. gelernter männlicher Arbeiter u. s. w. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XXVII. 7 u. 8. p. 326.

Bristow, Algernon T., The hospital and the professional anaesthesist. New York med. Record LXXIV. 7. p. 260. Aug.

British medical Association heald at Streffield July 28.—31. Brit. med. Journ. Aug. 1. 8. 15. 22. 29; Sept. 12. 19. 26; Oct. 3. 10. 17. 24. 31. — Lancet Aug. 22.

Bruck, Alfred, Von d. 8. ärztl. Studienreise. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41.

Burkard, Otto, Aufgaben u. Ziele socialer Medicin. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 34. 35.

Charité-Annalen, Red. von *Scheibe*. XXXII. Jahrg. Berlin. August Hirschwald. Gr. 8. 79, 495 u. 33 S. mit 1 Tsf., Tab. u. Abbild. im Text.

Chisholm, A. Stuart M., On the inherent spirit of medicine. Albany med. Ann. XXIX. 8. p. 627. Aug.

Cumston, Charles Greene, Animism in antiquity and the present state of the question. Albany med. Ann. XXIX. 10. p. 783. Oct.

Czaplewski, E., Ueber zerlegbare transportable Shedbaracken. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Dolamore, H. S., The overproduction of doctors. Calif. State Journ. of Med. VI. 8. p. 269. Aug.

Discussion on the scientific education of the medical student. Brit. med. Journ. Aug. 5.

Doerfler, Hans, Verbesserung oder Neuorganisation unserer bayer. ärztl. Ehrengerichte. Münchn. med. Wchnschr. LV. 38.

Düttmann, Ueber einen neuen Leseständer f. Kranke. Med. Klin. IV. 40.

E., Deutsche Medicin im amerikan. Urtheil. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 32.

Ehstein, Wilhelm, Die vererbbaren cellulären Stoffwechselkrankheiten vom Standpunkte eines Lebensversicherungs-Vertrauensarztes. Ztschr. f. Versich.-Med. I. 2. p. 25.

Eiselsberg, A. v., u. J. Rosmanit, Zur Frage d. Rettungskästen b. Eisenbahnunfällen. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 42.

Erblichkeit s. II. *Bauer, Mathew, Schneider, Smith.* III. *Ormerod.* IV. 3. *Norrman;* 4. *Ross;* 8. *Grober;* 10. *Hope.* IX. *Palin.* X. *Bordely, Crzellitzer.*

Falk, Edmund, 80. Versamml. der deutschen Naturforscher u. Aerzte zu Köln. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 40.

Fischer, Alfons, Lehrreiche Angaben aus d. amtl. Nachrichten d. Reichsversicherungsamtes. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42.

Flosch, Jacob Wilhelm, Das Berufsgeheimniss d. Arztes. Inaug.-Diss. Borna. Druck von Noske. 8. 49 S.

Flügge, Rechtsfragen f. d. ärztl. Praxis. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41. 42.

Fowler, James Kingston, The progress of medicine. Lancet Aug. 1.

Fowler, James Kingston, Modern medicine. Brit. med. Journ. Aug. 1.

Fürstenheim, W., Zur Specialarztfrage. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36.

Gibson, G. A., On the limits of knowledge. Lancet Oct. 24.

Grätzer, E., Der Praktiker. Ein Nachschlagebuch f. d. tägl. Praxis. 2. Abtheilung. Leipzig. Georg Thieme. Gr. 8. S. 305—792. 8 Mk.

Hare, H. A., Hold fast to that which is gord in diagnosis and therapeutics. Therap. Gnz. 3. S. XXIV. 10. p. 703. Oct.

Heilbehandlnng von Versicherten n. Fürsorge f. Invalide b. d. Landesversicherungsanstalt d. Hansastädte im J. 1907. Lubeck. Druck von Werner u. Hörnig. 4. 63 S.

Hughes, Henry, Aerztliche Beredtsamkeit. Würzburg 1909. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl. 8. 57 S. 1 Mk.

Jahresbericht über d. Leistungen u. Fortschritte d. gesammten Medicin. Herausgeg. von *W. Waldeyer* u. *C. Posner*. XLII. Jahrg. Bericht f. d. J. 1907. I. 3. Berlin. Aug. Hirschwald. Lex.-8. S. 561—978. — II. 1. 2. 703 S.

Jahresbericht, 38., d. kön. Landes-Medicinal-Collegiums über d. Medicinalwesen im Königreich Sachsen auf d. J. 1906. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 387 S. 4 Mk.

Johansson, J. E., och O. Medin, Sammanställning af dödsårsaker. Hygiea 2. F. VIII. 6. s. 593.

Jordan, David Starr, American medical school and its entrance requirements. Calif. State Journ. of Med. VI. 10. p. 341. Oct.

Joubert de la Forlô, C. H., The indian subordinate medical department. Brit. med. Journ. Aug. 5.

Karger, M., Zur Specialarztfrage. Münchn. med. Wchnschr. LV. 39.

Keene, Floyd E., Postgraduate study in Berlin. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 5. p. 172. July.

Knopf, S. A., The relation of the medical profession to the housing problem. New York mod. Record LXXIV. 12. p. 429. Sept.

Knortz, Karl, Der menschl. Körper in Sage, Gebrauch u. Sprüchwort. Würzbnrg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verl.) 8. 240 S. 3 Mk. 20 Pf.

Kohn, Hans, Zur Specialistenfrage. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 41.

Laveran, A., Conférence Nobel. Nord. med. ark. Afd. II. 3. F. VIII. 1. Nr. 1.

Lengfellner, Karl, Znr Neubesetzung d. chirurg.-orthopäd. Lehrstuhls in Berlin. Wien. klin. Rundschau XXII. 33.

Lexikon, diagnost.-therapeutisches, herausgeg. von *Bruhns; Bum; Gottschalk; Kausch; Klemperer* u. *Strasser*. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Lex.-8. III. Bd. 1352 S. mit 219 Abbild. 25 Mk.

Mncalister, Aloxander, 50 years of medical education. Brit. med. Journ. Oct. 3.

Mamlook, Zur Kölner Naturforschorversammlung. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Manson, Patrick, On recent advances in science and their bearing on medicine and surgery. Lancet Oct. 3.

Marquart, Kranken- u. Wohlthätigkeitsanstalten in Württemberg. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 33.

Mayer, Wilhelm, Zur Verbesserung unserer bayer. ärztl. Ehrengerichte. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Meltzor, S. J., Ideas and ideals in medicine. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 7. p. 210. Sept.

Mosher, J. Montgomory, Old age. Yalo med. Jonrn. XV. 2. p. 49. Oct.

Nassauer, Max, Ethische Fragen f. d. ärztl. Stand. Münchn. med. Wchnschr. LV. 34.

Nassauer, Max, Zeitgemässe Revision d. Etiquettenfragen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 35.

Oberndörffer, Ueber ärztl. Mission. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Paget, Stephen, On the work of the research defence society. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Panli, Richard, Bericht über d. XXXIV. deutschen Aerztetag. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XXIV. 7. S.

Pietrzikowski, Eduard, Die Vorbildung des Arztes in d. vorsicherungsrechtl. (socialen) Medicin ein immer dringendes nothwondiges Bedürfniss. Prag. med. Wchnschr. XXXIII. 41.

Pilf, Traugott, Dr. *Dackel's* Operationstisch. Eine fröhliche Geschichte. Hamburg. Gebr. Lüdeking. Kl. 8. 64 S. 1 Mk.

Posner, C., Specialitäten u. Specialisten. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 36.

Powell, Richard Douglas, On a just perspective in medicin. Lancet Oct. 17.

Prinzing, Friedr., Ist ein Aerztemangel in Sicht? Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Reicher, K., 80. Versamml. d. deutschen Naturforscher n. Aerzte zn Köln (20.—26. Sept. 1908). Berl. klin. Wchnschr. XLIV. 39—41. — Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42. Ver.-Ber.

Répin, R, De l'emploi du Grec dans le langage médicale. Revue de Méd. XXVIII. 8. p. 673.

Rnmpf, Th., Arzt u. Lebensversicherung. Ztschr. f. Versich.-Med. I. 2. p. 37.

Schwalbe, Ernst, Städt. Prosektoren u. Untersuchungsämter. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Soergel, Th., Der Kampf mit d. fixirten Krankenkassenarztstellen. Med. Klin. IV. 31.

Starr, M. Allen, The duties of the medical profession to the public. New York med. Record LXXIV. 15. p. 605. Oct.

Sternberg, Maximilian, Die sociale Medicin als bes. Unterrichtsgegenstand. Wien. klin. Wchnschr. XXI. 42.

Suyver, J. F., Over betronwbarhed van specialités. Nedorl. Weekbl. II. 16.

Van Fleet, Frank, The doctor as a pnblic edncator. New York a. Pbilad. med. Journ. LXXXVIII. 4. p. 163. July.

Velden, Fr. van den, Krankeitszusammenhänge. Ther. d. Gegenw. N. F. X. 8. p. 366.

Versammlung, 80., deutscher Naturforscher u. Aerzte, Köln, 20.—26. Sept. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 41. 42. 43. 44. Ver.-Ber. — Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42. 43. — Münchn. med. Wchnschr. LV. 40—43.

Wnhle, Ein ärztl. Beleidigungsprocess. Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

Walsh, James J., Early medical schools and legal regulation. New York med. Record LXXIV. 17. p. 707. Oct.

Weight, Jonathan, The mechanico-biological standpoint in medical probloms. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 15. p. 673. Oct.

Wilbur, Cressy L., The international classification. New York a. Philad. med. Jonrn. LXXXVIII. 14. p. 633. Oct.

Woods, Andrew, Medical practice in Canton, Chine. Univers. of Pennsylv. med. Bull. XXI. 6. p. 197. Aug.

S. a. IV. 2. Carrier. VIII. Disoussion, Jones. Tugendreich. IX. Palin. XVII. Glaser.

XX. Med. Geographie, Geschichte, Bibliographie, Biographien.

Adami, George, Sir *John Harington*. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 211. p. 285. Oct.

Almquist, Ernst, Om *Linné* som hygieniker. Hygiea Festb. II. 29.

Beaucamps, Fernand, La table dn Saint-Esprit et l'hospital de Sainte-Cathérine de Sienne d'Armantières jusqn'au XVIIIe. siècle. Echo méd. du Nord XII. 35. 36.

Beck, Carl, *George M. Edebohls.* Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 43.

Benedikt, Moritz, *Johann Oppolzer.* Wien. klin. Wchnschr. XXI. 31.

Berg, John, *Karl Gustaf Lennander.* Hygiea 2. F. VIII. 4. s. 321.

Bjerre, Poul, *Per Gustaf Cederschiöld* som föregangsman inom psykoterapien. Hygiea Festh. II. 32.

Biography of *Simon Flexner.* Proceed. of the Soc. f. experim. Biol. a. Med. V. p. V.

Biedert, *Johann Hermann Baas.* Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Birkett, Herbert S., A brief account of the history of Medicine in the provinces of Quebec from 1535 to 1838. New York med. Record LXXIV. 4. p. 129. July.

Böhm, Max, Erinnerungen an Amerika. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 34.

Boland, Frank K., *Henry Gray,* anatomist. Amer. Journ. of the med. Sc. CXXXVI. 3. p. 429. Sept.

Burrah, John, *Thomas Muffet* 1553—1604. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 211. p. 313. Oct.

Cabanès, L'or et ses vertus mirifiques. Bull. de Thér. CLVI. 8. p. 273. Août 30.

Cremer, M., *Carl von Voit.* Münchn. med. Wchnschr. LV. 27.

D'Espine, A., Rousseau et l'allaitement maternel. Revue méd. de la Suisse rom. XXVIII. 9. p. 537. Sept.

Evershusch, O., Prof. Dr. *Hermann Snellen* sen. Münchn. med. Wchnschr. LV. 30.

Fischer, Alfons, Dr. *Karl Singer.* Münchn. med. Wchnschr. LV. 32.

Goldschmid, Edgar, *Eugen Albrecht.* Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 33.

Grön, Fredrik, Nogle bemerkninger om middelalderens medicinske videnskab in Norden. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 5. R. VI. 10. s. 1009.

Harnack, Erich, Das Gift in d. dramat. Dichtung u. in d. antiken Literatur. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 78 S. 3 Mk.

Heinrioins, G., Till *Israel Hwasser's* minne. Hygiea Festh. II. 30.

Herxheimer, Gotthold, *Eugen Albrecht.* Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. XIX. 16.

Jelliffe, Smith Ely, The psychiaters and psychiatry of the Augustan era. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 211. p. 308. Oct.

Kirchner, Gedächtnissredo anf *A. von Tröltzsch.* Arch. f. Ohrenhkde. LXXVI. 3 u. 4. p. 230.

Knott, John, Dies caniculares. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 4. 5. p. 156. 205. July, Aug.

Krauss, H., Ueber d. Gesundheitsverhältnisse in Deutsch-Ostafrika. Münchn. med. Wchnschr. LV. 37.

Kronecker, Hugo, Zum 200. Geburtstage *Albrecht von Haller's.* Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 42.

Külz, Ueber Volkskrankheiten im Stromgebiete d. Wuri u. Mungo in Kamerun. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 17. p. 547.

Langgaard, A., *Oscar Liebreich.* Therap. Monatsh. XXII. 8. p. 383.

Lennenalm, F., Svenska läkaresällskapets historia. 1808—1908. Stockholm. Isaac Marcus' bogtr.-actie-boluy. 4. 480 och LXX s.

Luciani, L., *Vittorio Marchi.* Arch. ital. de Biol. XLIX. 1. p. 149.

Mac Callum, W. G., The school of Montpellier. Bull. of de Johns Hopkins Hosp. XIX. 211. p. 296. Oct.

Martin, Alfred, Des Herzogs Christian von Braunschweig Verwundung u. seine künstl. Hand. Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Meige, Henri, Les dessins de la collection des chirurgiens grecs attribnes à Primatrice. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXI. 3. p. 247. Mai—Juni.

Meyer, Hans H., Zu *O. Schmiedeberg's* 70. Geburtstage. Münchn. med. Wchnschr. LV. 42.

Michaelis, Max. Dr. *Else Rosenthal van der Leyen.* Berl. klin. Wchnschr. XLV. 42.

Naunyn, B., Die Berlinor Schule vor 50 Jahren. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. 478. innere Med. 143.] Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Lex.-8. 27 S. 75 Pf.

Naunyn, B., *Oswald Schmiedebery.* Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Suppl. p. 3.

Nobl, Prof. *Eduard Spiegler.* Wien. klin. Wchnschr. XXI. 31.

Pfeiffer, Richard, *Albert Hoffa.* Arch. f. physik. Med. u. med. Technik III. 3 u. 4. p. 303.

Preller, Med.-Rath Dr. *Alfons Mermann.* Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXVIII. 2. p. 214.

Saalfeld, Edmund, *Oscar Liebreich.* Münchn. med. Wchnschr. LV. 31.

Schneider, Karl Camillo, Gedanken von *Möbius.* Wien. klin. Rundschau XXII. 39. 40. 41.

Schön, Theodor, Dr. *Johannes Rieber,* ein Beitrag zur Geschichte d. Doctores bullati in Schweden. Württemb. Corr.-Bl. LXXVIII. 37. 38.

Schwalbe, J., *Friedrich Althoff.* Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 44.

Smith, Edgar B., A biographical sketch of *Hal C. Wyman.* Physic. a. Surg. XXX. 5. p. 208.

Smith, J. Lorrain, *Julius Dreschfeld.* Journ. of Pathol. a. Bacteriol. XIII. 1. p. 1. July.

Stark, J. Nigel, An obstetric diary of *William Hunter* 1762—1765. Glasgow med. Journ. LXX. 3. 4. p. 167. 241. Sept. Oct.

Steiner, Walter R., Dr. *Elisha North,* one of Connecticuts most eminent medical practitioners. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. XIX. 211. p. 301. Oct.

Stocker, Med. Lehrgedichte aus Anfang des 18. Jahrhunderts. Münchn. med. Wchnschr. LV. 43.

Sudhoff, *Albrecht Haller.* Münchn. med. Wchnschr. LV. 41.

Tauffor, *M. Liebmann.* Mon.-Schr. f. Geburtsh. n. Gynäkol. XXVIII. 2. p. 213.

Thoms, H., *Oskar Liebreich.* Deutsche med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Vollmann, Socialärztl. Umschau. Berl. klin. Wchnschr. XLV. 37.

Wagner von Jauregg, *Richard von Kraft-Ebing.* Wien. med. Wchnschr. LXIII. 42.

Walsh, James J., The first American medical school. New York a. Philad. med. Journ. LXXXVIII. 15. p. 681. Oct.

Zur Verth, Mohoro. Eine tropenhygien. Studie. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XII. 19. p. 615.

S. a. II. Jentsch, Kullmann, Schuster, Schwalbe. V. 3. Deoks; 4. Flensburg; 9. Ebstein; 11. Brault, Smith.

Sach-Register.

Ableitungsabsoesse, Wirkung b. Lungenentzündung 28. 38.
Abortivbehandlung, d. Blennorrhöe 47. 48. —, d. Gonorrhöe 47. 48.
Abrissfraktur d. Tuberositas tibiae, Unterscheidung von Wachsthumsanomalie 209.
Abscess, d. Lunge (operative Behandlung) 74. —, d. Mamma 204. —, d. Mediastinum 203. —, d. Milz 83. 85. —, otitischer d. Gehirns 170. —, retroperitonäaler (im Zusammenhange mit Erkrankung d. Gallenwege) 81. —, d. Zunge (Operation tiefliegender) 71.
Acne rodens u. variioliformis 43.
Adenofibrom d. Wand d. Ductus choledochus (Resektion) 78.
Adnexerkrankung, doppelseitige (Exstirpation) 252.
Adrenalin, Beziehungen d. Schilddrüse zur physiol. Wirkung dess. 144. —, Wirkung auf d. Kaninchenauge 24. d. zubcutan einverleibten 165.
Aethylgruppe, pharmakolog. Bedeutung d. higeminirten 242.
Aetzmittel, Wirkung auf todte Magenschleimhaut 215.
Agglutination, feinere Vorgänge bei 16. — S. a. Hämagglutination.
Agglutinine, Affinität 8. —, ohne toxische Wirkung 16.
Aggressine, nichtbakterielle 129.
Akromegalie, Besserung durch Entfernung einer Hypophysengeschwulst 73.
Aktinomyceten, thermophile u. ihre Sporenbildung 214.
Aktinomykose, Behandlung 42.
Aknstik, Leitfaden d. diagnostischen von *Rich. Geigel* 231.
Alkaptonurie, Umwandlung einer aromat. Substanz in Homogentisinsäure bei 232.
Alkohol, Wesen d. Alkoholtoleranz 166. —, Wirkung auf Herz u. Blutdruck 166.
Alkoholismus, chron., antisociale Wirkungen dess. im Vergleiche zu nicht alkohol. chron. Geistesstörungen 99.
Alopecie, vergleichende Pathologie ders. 181. 182.
Amblyopie, Bedeutung d. Nahearbeit f. d Entstehung 211. —, congenitale (Verschmelzungsfrequenz d. Retina bei) 211.
Amidsubstanzen, Verwerthung von Carnivoren 141.
Aminosäuren, Umsetzung durch Bac. proteus vulgaris 16.
Amputation, einseitige d. Lunge (Raumausgleich bei) 203.
Amputationsstümpfe, Erzielung tragfähiger 89.
Amyloid d. Conjunctiva 20. —, chem. Eigenschaften dess. 232.
Anämie, splenische infantile durch Protozoarium 173. 174.
Anästhesie, lokale an d. Gliedmaassen 65. —, spinale s. Spinalanästhesie. —, durch Stovaininjektionen in d. Rückenmark (Nervenveränderungen bei) 24.
Anaesthetica, Bedeutung b. Hornhauttrübung durch Aetzgifte 210.
Analgesie, d. Achillessehne b. Tabes 123. 124. —, d. N. ulnaris b. Tabes 126. 127.
Anaphylaxie, Wesen u. Entstehung 238.
Ankylosen, angeborene d. Finger 207. —, Behandlung knöcherner 207.
Anneliden eier (Polynoë), entwickelungserregende Wirkung von Saponin u. Solanin 137.
Anopheles als Ueberträgerin d. Malaria 158.
Antiamboceptorwirkung, scheinbare präcipitirender Sera 15.
Antikörper, d. Albuminoide u. d. Zellen 129. —, einfache qualitative u. quantitative Differenzen 15. —, in d. Milch castrirter Thiere 54. —, gegen Pest immunisirter Thiere 17. —, specifische im Serum aktiv gegen Micrococcus melitensis immunisirter Thiere u. im Serum an Maltafieber Erkrankter 157. —, syphilitische im Liquor cerebrospinalis von Paralytikern 116. von Tabikern 117. 118.
Antithyreoidin Möbius b. Osteomalacie 23.
Antitoxine d. Choleravibrione 156. —, d. Cobragiftes 129. —, d. Dysenteriebacillen 156. —, Resorption ders. vom Mastdarme aus 15.
Aortoninsufficienz b. Tabes 122.
Aphasie, Sprachverständniss, Nachsprechen u. Wortfindung b. 25.
Appendicitis b. Scharlach 172.
Arhovin zur inneren Behandlung d. Gonorrhöe 49.
Aromatische Substanzen im menschlichen Körper, Abbau 232.
Arsenik, Anwendung b. Pneumonie 28. 37. zur Verhütung von Papillomrecidiven im Kehlkopf 259. —, als insektentödtendes Mittel d. Weinstocke (Gefahren) 98. —, Wirkung auf Trypanosomen im thier. Körper 163.
Arsonvalisation, physiolog. Wirkung u. therapeut. Verwendung 229.
Arterien, Rigidität b. Elektricitätsarbeitern 227.
Arteriosklerose, Disponirung zu traumat. Neurose 100.
Arthritis gonorrhoica 46. 47. (Behandlung) 47. 49 —, Behandlung mit Stauungshyperämie 66. —, traumatica, Begutachtung 207.
Arthropathien, tabische 113. (prätabische) 123. 125.
Arzaei-Exantheme, Bedeutung d. Trauma b. 43.
Arzneimittellehre u. Arzneiverordnungslehre s. Pharmakologie.
Ascariden, Erkrankungen in Japan u. deren chirurg. Behandlung 256.
Ascites, Flüssigkeitsbestandtheile 161.
Asphyxie nach Kehlkopfexstirpation (Spätform) 259. —, d. Neugeborenen, Behandlung 195.
Aspirationstherapie, in d. Gynäkologie 50. —, b. gonorrhoischer Urethritis 47. 48.
Ataxie, Entstehung 113. 116. 122. —, b. Tabes u. deren Behandlung 128. 129.
Athmung, *Cheyne-Stokes*'sches Phänomen 176. —, Gasaustausch b. 142. (Wärmeabgabe b.) 143. —, d. Knochenfische (peripherischer nervöser Apparat d. Athmungsrhythmus) 142. —, künstliche u. deren Ausführung 143. —, Regulation ders. 142. —, Respirationsquotient b. 142. —, Wirkung kohlensäurereicher u. sauerstoffarmer Luft auf 143.

Digitized by Google

Atoxyl, Ausscheidung im Harn 21. —, zur Behandlung d. Nagana 163. d. Trypanosomenkrankheit 164. —, Sehstörungen nach Anwendung von 164.
Atropin, Verhalten empfindlicher Thierarten gegen 243. —, Wirkung b. Combination mit Morphium 145.
Auge, Adaptionsstörungen 94. —, amblyopisches 211. —, Ausreissen eines solch. im kntaten. Raptus 28. —, klin. Erscheinungen an dems. b. Oculomotoriuslähmung 178. 179. —, angeborener doppelseit. Exophthalmus 260. —, Flüssigkeitshaushalt im Conjunctivalsack 209. —, Frühjahrskatarrh 209. —, Herpes zoster 210. —, künstliches (Anfertigung) 195. —, Licht- u. Farbenempfindung (moderne Theorie) 148. —, Lochbildung in d. Macula 93. —, Lokalisirung diaskleral in's Auge fallender Strahlen 149. —, Netzhautablösung 93. —, b. Ohrenleiden 206. —, Photographie d. Hintergrundes 260. —, Sehnerveintritt b. Opticusatrophie 93. —, Strabismus u. dessen Behandlung 94. 95. —, b. Trichinose 210. —, Verletzungen (Behandlung) 259.
Augengläser, ärztliche Verordnung 242.
Augenmuskeln, Durchschneidung sämmtlicher Recti (kosmetische, funktionelle u. prophylaktische Bedeutung) 95. —, Lähmungen (Schemata von *E. Wölfflin*) 111. (sämmtl. äusserer Muskeln) 244.
Augenpigment, Darstellung 159. —, melanotisches, Ursprung (von *E. Meirowski*) 261.

Bacillus, anthracis (Geisseln u. Hullen) 239. —, dysenteriae 156. —, faecalis alcaligenes (Biologie) 16. 17. —, pestis 157.
Bäder, Anwendung u. Wirkung d. elektr. Vierzellenbäder 231. —, Hauterkrankungen in Folge Dauerbäder 239.
Bakteriämie d. Kindbettes, Behandlungsmethoden 58.
Baktoricidie von Leukocytenextrakten 154.
Bakterien, anaërobe, Bildung von Leukocidinen u. Hämolysinen 154. —, d. Atmosphäre (Arten u. Verbreitung) 95. —, Ausscheidung durch d. Nieren 155. —, Beeinflussung durch Kalk 97. —, Degenerationsformen solch. durch anorgan. Salze 239. —, d. Faeces von gesunden u. kranken Säuglingen 61. —, in d. normalen Harnröhre 43. —, Katalase-Bildung von 15. —, Resistenz gegenüber d. Trocknen 239. —, Stickstoffwechsel 16. —, Uebergang pathogener durch die Darmwand 155. —, im Wasser 95. 96. (an d. Oberfläche d. Flüsse) 96. —, Wirkung auf zuckerhaltige Nährböden u. Lackmusmilch 16.
Bartholinische Druse, Carcinom 184. 185.
Bauchhernien, seitliche (Entstehung) 75.
Baumwolle, Schweissaufnahme 214.
Becken, chondrodystrophischer Zwerge 188. —, enges: Geburtsverlauf u. Indikationen zu operativen Eingriffen bei (von *H. Peham*, mit Vorwort von *R. Chrobak*) 106. Spontangeburt b. engem 188. —, Luxationen 208.
Belastungstherapie mittels Quecksilberkolpeurynter 50.
Beri-Beri, Bedeutung d. Reisnahrung 213. —, Erreger ders. 157.
Beugereflex d. Zehen 168.
Bewegungsstörungen, psychomotorische b. Geisteskrankheiten (Untersuchungen von *K. Kleist*) 262.
Bier'sche Saugung, b. akuten u. subakuten Eiterungen 66. —, b. Frauenkrankheiten 50. —, Grundsätze f. ihre Anwendung 200.
Bier'sche Stauung s. Stauungshyperämie.
Bindenstauung im Thierexperiment 66.
Biologie, Elektricität in ders. (von *Boruttau*) 225.
Blasenektopie, chirurg. Behandlung (Methodik) 86. (mit Beckencompression nach *Trendelenburg*) 87.
Blasenmole, intrauterine Blutung b. 189.
Blasennaht, Indikationen u. Resultate 205.
Blasensteine, Röntgenographie 87.
Blasenstörungen, in Folge organischer Nervenleiden, elektrische Behandlung 228. —, durch Uterusverlagerung 251.
Blaublindheit durch Gelbfärbung d. Linse 212.
Blennorrhöe, d. Augen Neugeborener 46. 47. Behandlung 47. 48. —, d. männl. Harnröhre, Wirkung d. Santyl Knoll 167. — S. a. Gonorrhöe.
Blindheit, Fehlen d. Wahrnehmung d. eigenen b. Hirnkrankheiten (von *Redlich* u. *Bonvicini*) 261.
Blitzschlag, Gewebeveränderungen durch 227.
Blut, artfremdes (Giftsubstanzen in) 132. —, Eklamptischer 254. 255. —, Lysinogen d. Blutscheiben 132. —, Oxyhämoglobin dess. (Molekulargewicht) 131. —, Reduktionsmittel f. 215. —, respiratorische Capacität kleiner Blutmengen 241. —, Reststickstoff (quantitative Bestimmung) 131. —, Strömung im Gebiete der Pfortader 235.
Blutdruck, b. Elektricitätsarbeitern 226. 227. —, Wirkung kohlensäurereicher u. sauerstoffarmer Athmungsluft 143.
Blutergüsse, unter d. Gehurt (seltene Form) 189. —, intracranielle Neugeborener (Lokalisation, Symptome) 58. (operative Behandlung) 59. —, intraperitoneale durch Blutung aus einem Corpus luteum 184.
Blutkörperchen, rothe: Agglutination (Vorgänge) 16. —, Angriffsort fluorescirender Substanzen b. 130. —, Belichtung sensibilisirter (Ablauf d. Hämolyse) 132. —, Malariaparasiten enthaltende 158. —, Verhalten in isotonischen Salzlösungen 155. —, Wirkung d. Kieselsäure auf 8. d. Kornradegiftes 243.
Blutkrankheiten, Darstellung von *F. W. Warfvinge* 104.
Blutleere, künstliche d. unteren Körperhälfte nach *Momburg* 66.
Blutlipase im Serum Fiebernder 131.
Blutprobe, gerichtsärztliche nach *van Deen* 100. nach *van Italie* 100. modificirte Tanninprobe 100. —, spektroskopische mit hydroschwefligsaurem Natrium 215.
Blutserum, Antikörper dess. u. deren Wirkung 15. —, antitryptische Stoffe in 235. —, entwickelungserregende Wirkung auf d. Seeigelei 137. —, hämolytische Wirkung dess. s. Hämolyse, Hämolysine, Sera. —, Krebskranker 161. —, an Maltafieber Erkrankter 157. —, von Pockenkranken (bakteriolyt. Complement dess.) 5. 7.
Blutuntersuchung, bakteriologische b. Pneumonie 18. —, mikroskopische von Blutflecken 101. —, in d. Gynäkologie (von *Erich Adlhorn*) 108.
Blutsverwandtschaft d. Eltern, Einfluss auf d. Kinder 65.
Brachydaktylie, Casuistik 207.
Brom, Einfluss auf d. Magensaftsekretion 165.
Bromural als Schlafmittel 24.
Bronchen, primärer Krebs 246. —, aspirirter Zwetschenkern in 246.
Brucheinklemmung, experiment. Versuche 204.
Brüche s. Hernien; Nabelbrüche; Bauchhernien; Knochenbrüche; Rippenbrüche.
Brustdrüse, Entzündungsformen im Puerperium 204. — S. auch Mastitis.
Brustkinder, Bedeutung d. Fettgehaltes d. Milch auf ihr Gedeihen 59.
Brustwandmobilisirung b. einseitiger Lungenphthise durch Operation 203.
Brustwarzen, überzählige während d. Puerperium 58.
Bubonen d. Leistendrusen, Behandlung 248. 249.
Bubonenpest, Leberveränderungen b. 157.
Bulbärorkrankungen, syringomyelitische 245.

Cancroid, Behandlung 40.
Caput obstipum b. Strumen 259.
Carbunkel, Behandlung 201.
Carcinom, scheinbare Anaplasie von Krebszellen 160. —, d. Bartholini'schen Drüse 184. 185. —, Behandlung mittels Fulguration (von *de Keating-Hart*, übersetzt von *E. Schumann*) 105. mit Röntgenstrahlen 40. —, Blutserum Krebskranker 161. —, branchiogenes (Totalexstirpation) 73. —, endemisches Vorkommen b. Thieren

161. —, Erreger dess. s. Krebserreger. —, d. weibl. Genitalien (Cystoskopie) 185. —, d. Haut nach Arsenikbehandlung Psoriasiskranker 43. —, primäres (Entstehung) 160. (d. Lunge u. Bronchen) 246. —, Vorkommen b. Gröaländern 98.
Carotisligatur b. Oberkieferresektion 71.
Casein d. frischen u. geronnenen Milch 131.
Cavum praeperitoneale Retzii (C. praemusculare, C. retromusculare, C. retropubicum, C. praevesicale), Zellengewebeerkrankung (Formen, Diagnose, Behandlung) 85.
Cerebrospinalflussigkeit s. Liquor cerebrospinalis.
Cervix uteri, Geschwülste (Hysterektomie bei) 52. —, gonorrhoischer Katarrh (Behandlung) 50. —, Stenose durch Aetzungen 250.
Chirurgie, allgemeine (Lehrbuch von *Erich Lexer*, 2. Aufl.) 262. —, d. Gehirns 169. 257. —, d. Gesichts (von *H. Trendelenburg*) 223. —, b. Neugeborenen 256.
Chlorcalcium, Wirkung b. Lungenentzündung 28. 37.
Chloroform, Narkose mit 200. —, Wage für 166. —, Wirkung auf d. Lungen 28. 30.
Cholecystektomie, b. Gallensteinen 80. —, ideale 80. —, Methodik u. Verfahren 80. —, partielle 81.
Cholecystostomie, Indikationen u. statistische Angaben 80.
Cholesteatom, d. Dura mater, Operation 169.
Cholelithiasis s. Gallensteinkrankheit.
Cholin, in d. Thymus, in d. Milz u. d. Lymphdrüsen 144.
Cholerabacillen, Lebensdauer in Spülgruben der Klosetts 97.
Choloravibrionen, Denitrifikationsfähigkeit 156. —, Toxin u. Antitoxin ders. 156.
Chorea, in Folge Rachenaffektionen 168. —, gravis im Anschlusse an septische u. andere schwere Infektionen 25. —, Huntington'sche (chronica hereditaria) 244. —, mineur (Pathogenese u. patholog. Anatomie) 244. (Heilung durch Abtragung adenoider Wucherungen) 247.
Chorionepitheliom, malignes (von *Erich Aulhorn*) 108.
Ciliarkörper, Wucherungen u. Geschwülste 210. 211.
Cirkulationsapparat, Isolirung d. Herz-Lungenkreislaufs (Methode) 240. —, Wirkung d. Jodothyrin auf 11.
Cocain, Wirkung auf d. Nervenfaser 166.
Coeliotomie, abdominale u. vaginale 186. — S. a. Uterus; Uteruscarcinom.
Coffein, Wirkung 242.
Collargol, Anwendung in Klysmen b. Sepsis 22.
Compensationsstörungen, Behandlung 39.
Complementbindung, antigen- u. antikörperhaltiger Flussigkeiten b. infektiösen u. postinfektiösen Erkrankungen 116. 117. (b. Syphilis hereditaria u. Scharlach) 246.
Compressionslähmungen, traumatische subcutane (operative Behandlung) 201.
Condensatorentladungen, diagnost. Verwend. 226.
Conjunctiva, Einfluss von Toxinen 90. —, Flüssigkeitshaushalt im Conjunctivalsack 209. —, Parineaud'sche Conjunctivitis 90. —, Plasmome ders. 90. 91.
Corpora amylacea d. Centralnervensystems 168.
Corti'sche Membran, Entwickelung u. Funktion 152.
Cricotomie b. subglottischen Kehlkopfpapillomen 259.
Culicinen, Vertreibung u. Abtödtung 215.
Cumarin, pharmakodynamische Eigenschaften 242.
Cyanose, Blutconcentration 175.
Cylindrurie ohne Albuminurie 176.
Cysten, am Halse u. d. Znege 73. —, d. Milz (Behandlung) 84. 85. —, im Nierenmark 162. —, retrovesikale u. retroprostatische 87.
Cystitis cystica, Entstehung 162.
Cystoskopie, Bedeutung für Indikation u. Prognose abdominaler Krebsoperationen 185. —, u. Urethroskopie b. Weibe (von *Rich. Knorr*) 106.
Cystotomia suprapubica, Nachbehandlung 206.
Cytolyse, Beziehungen zur Lipoidverflussigung 137.
Cytotoxine, Entstehung 238.
Dämmerzustände, Aetiologie 171.
Darmbakterien, Bedeutung b. d. Ernährung 146. —, d. Darmes von 1—5jähr. Kindern 196.
Darmepithel b. verschiedenen funktionellen Zuständen 11.
Darmextrakt, Wirkung auf d. Harnabsonderung 146.
Darmparasiten in einem tuberkulösen Rippentumor 175.
Decubitus, Behandlung 68.
Dekanulement, erschwertes (prophylaktische Maassnahmen) 259.
Delirium tremens, künstliche Gehörstäuschungen bei 172.
Demodex folliculorum b. Menschen, patholog. Rolle 248.
Dermatitis exfoliativa 42. —, herpetiformis mit sekund. pyogener Infektion 43. —, infectiosa gangraenosa 43. —, vegetans 43.
Dermatologencongress in Amerika 1906 (Bericht) 42.
Dermoidcysten d. Ovarium Schwangerer 55.
Desinfektion, mit Gribinouk's Essenz 167. —, d. Hände d. prakt. Arztes (von *F. Ahlfeld*) 183. —, mit Lysoform 167. —, mit Morbicid 167.
Diät als ätiologischer, bez. therapeut. Faktor 42.
Diagnostik, diagnostisch-therapeut. Lexikon f. prakt. Aerzte (herausgeg. von *K. Bruhns*, *A. Bum* u. A.) 221.
Diarrhöe d. Kinder im Sommer (Behandlung) 65.
Diphtherie, Behandlung mit Pyocyanase 21. —, Bildung d. Diphtheriotoxins 238. —, Kehlkopfstenose durch 203. 259.
Diurese, Theorie ders. 153. (d. Nierensekretion) 154.
Divortikel d. männl. Harnröhre, Behandlung 205.
Dreitupferprobe, bakteriolog. u. prognostische Bedeutung 51.
Drucksch wankungen, osmotische in d. Nervenzellen (Bedeutung) 240.
Drüsenexstirpation am Halse, Nervenläsion bei 72.
Ductus choledochus, Adenofibrom in d. Wand dess. 78. —, angeborene Erweiterung 78. —, chron. Verschluss dess. u. s. chirurg. Behandlung 80. —, cysticus, Doppelbildung dess. 78. —, thoracicus, Ligatur 68. —, thyreoglossus, Cysten u. Fisteln 73.
Dünndarm, Atropinwirkung 145. 146. —, Duodenalverschluss mit Magendilatation 186. 187. —, Lungencapacität b. Reizung dess. 142.
Dura mater, Cholesteatom u. dessen Operation 169.
Dysenterie, Aetiologie 156. —, aktive Immunisirung gegen bacilläre 156. —, Toxin u. Antitoxin d. Dysenteriebacillen 156.
Dysenterieamöben, Durchwandern durch d. Darmwand 156.
Dyspnöe b. Säuglinge 59.
Dystrophie, bullöse hereditäre 181. —, d. Muskeln (Differentialdiagnose) 168.

Echinococcus, d. Knochen (Diagnose) 69. —, d. langen Röhrenknochen (Behandlung) 206. —, d. Leber 83. —, Verbreitung d. Echinokokken-Krankheit in Mecklenburg 98.
Ectopia vesicae, Behandlung 86. 87. —, viscerum, Casuistik 74. — S. a. Hernien; Nabelbrüche.
Eiablage b. Rana esculenta u. R. fusca 236.
Eihautretention, Bedeutung u. Entfernung 57.
Eingeweidewürmer, Bedeutung für d. Durchtritt pathogener Mikroben durch d. Darmwand 155. —, im Körper ausserhalb d. Darmes 175. — S. a. Darmparasiten.
Eiter, gonorrhoischer: jodophile Substanz d. Leukocyten dess. 43. 44. Oxydasereaktion 43. 44.
Eiterung, akute u. subakute, Behandlung mit Stauungshyperämie 66.
Eiweissgifte im kranken Säuglinge 64.
Eiweisskörper, Wirkung fluorescirender Substanzen auf 130.
Eiweissstoffwechsel, parenteraler 141.

Ekchymosen nach Neuralgie d. N. quintus 25.
Eklampsie, Nachweis d. Giftes bei 55. —, Nierendekapsulation bei 55. —, Pathogenese 254. 255. —, Therapie 55.
Ekzem d. Säuglinge, Behandlung nach *Finkelstein* 197.
Elacin in d. Haut u. Gefässwänden (Entstehung) 234.
Elektricität, Einfluss elektr. Ströme auf d. Blutkreislauf d. Menschen (von *Paul Steffens*) 103. —, Gesundheitsschädigungen durch atmosphärische u. technische 226. 227. —, in d. Medicin u. Biologie (von *Boruttau*) 225. (von *Jellinek*) 225. —, motorische Kraft elektr. Ströme b. Wirbellosen u. Wirbelthieren 13. —, Rolle semipermeabler Membranen b. elektr. Strömen im lebenden Gewebe 13. —, Wirkung ab- u. aufsteigender Ströme im Kaninchen- u. Froschmuskelnerven 14.
Elektrodiagnostik, Apparate für 226. —, Bericht von *H. Risel* über 225—227. —, Lehrbücher über 225. —, Leitungswiderstand d. Menschen bei 226. —, mit magnetoelektr. u. sinusoidalen Strömen 226. —, mittels Voltaisation 226. —, Wirkung d. Condensatorentladungen bei 226.
Elektromagnetismus als Heilfaktor 230.
Eloktronenlehre von *Aug. Righi* 220.
Elektrotherapie, neuere Anschauungen über d. Wirkung d. galvan. Stromes 227. 228. —, durch Arsonvalisation 229. —, Berechtigung ders. 227. 228. —, Bericht von *Hans Risel* über 227—231. —, Beziehungen zu anderen physikal. Heilmethoden 227. 228. —, mittels Elektrolyse (Ionentherapie) 227. 228. 242. —, durch Faradisation 228. —, durch Franklinisation 230. —, durch Fulguration 19. 20. 226. 229. —, durch Galvanisation 228. —, b. Genitalerkrankungen 47. 48. —, b. Hautkrankheiten 179. 230. 231. —, Indikationen 227. —, Lehrbücher über 225. —, b. Pneumonie 28. 35. —, Reaktion d. menschl. Körpers auf 227. 228. —, b. Tabes 126. —, durch Vierzellenbäder 231.
Elektrothorme 226.
Embolie d. Lungenarterien, postoperative (Behandlung) 67. —, puerperale (prämonitorische Symptome) 195.
Emphysem d. Lungen durch starre Dilatation d. Thorax (Chondrotomie) 204.
Empyem, Behandlung 178. 247. —, d. Kieferhöhle 247. d. Siebbeinzellen u. Keilbeinhöhle 247. d. Siebbein- u. Stirnhöhlen b. Scharlach 172.
Encyklopädie d. praktischen Medicin (herausgeg. von *M. Th. Schnirer* u. *H. Vierordt*) 221.
Endoskopie, uterine (diagn. u. therap. Werth) 183.
Enteritis b. Kindern, pseudoascitische Erscheinungen 196.
Entlettungskuren 39.
Entzündung, Behandlung mit Stauungshyperämie 66. —, Einfluss verschiedenfarbigen Lichtes 159.
Ependymitis granularis, Histologie 163.
Epididymitis, Punktion 49. —, Verhütung 47. 49.
Epilepsie, idiopathische, operat. Behandlung 257. —, traumatische (Jackson'sche), anatom. Befund 169. operative Behandlung 169. 257.
Epistaxis, Serumbehandlung 40.
Epulis, Behandlungsresultat 71. 72.
Erepsin im Darmkanale Neugeborener 64.
Ermüdung, Aktionsstrom u. Zuckung d. Muskels bei 14. 148.
Ernährung, Bedeutung b. Darmbakterien 146. —, d. Säuglings (Physiologie u. Pathologie) 59—61. (mit Kuhmilch) 61. (mit Yoghurtmilch) 61. gestörte (Behandlung) 62.
Erstickung, durch weiche Bedeckung (Diagnose) 100. —, Lungenemphysem b. gewaltsamer 101.
Erstickungstod, Diagnose 99.
Erwerbsfähigkeit von Bettlern u. Vagabunden 101.
Erysipel durch Pneumokokken 28. 34.
Erythrodermia desquamativa b. Brustkindern 197.
Erythropsie, Entstehung u. Verhütung 93.
Estorspaltung in d. Geweben 232.
Eunatrol als Gallensekretionsmittel 165.
Euphyllin als Diureticum 21.
Exanthome, akute, Differentialdiagnose d. Anfangsstadien (von *A. Tobeitz*) 110.
Exobysteropexie, inguinale 251.
Exophthalmus, angeborener doppelseitiger (Ursache) 260.
Explosionen, charakterist. Leichenveränderungen bei 100.
Extrauteringravidität, Abhandlung über solch. von *Alb. Wagner* 222. —, Behandlung 56. —, combinirt mit intrauterinor 56. —, seltene Formen 55. 56. —, tubare 56. —, in Folge traumat. Uterusruptur 252.
Extremitäten, Verhaltniss zum Ruckenmarksbau 139.

Facialisparalyse, elektr. Erregbarkeit bei 226. —, traumatische, operative Behandlung durch Anastomosis spino-facialis 73.
Fadenrecidive nach Gallensteinoperation 81.
Faeces normaler u. kranker Säuglinge 64.
Familienmord, gerichtsärztl. Beurtheilung 101.
Faradisation zu diagnost. u. therapeut. Zwecken 228.
Farbensinn, moderne Theorie über 148. 149. —, Störung durch Gelbfärbung d. Linse 212.
Fascien, Naht mit Silkwormgut b. Laparotomien (von *Reinh. Benndorf*) 108.
Febris recurrens, Blutzusammensetzung 173.
Femur, congenitales Sarkom (operat. u. Röntgenbehandlung) 68. 69.
Fermento, Bedeutung b. d. Reduktionen im thier. Gewebe 231. 232. —, oxydirende von Bakterien u. höheren Pflanzen 9. —, Wirkung fluorescirender Stoffe auf 130.
Fettembolie nach orthopädischen Operationen 88.
Fettresorption, im Darme u. Gallenabsonderung nach Fettdarreichung (von *G. Köster*) 220. —, unter patholog. Verhältnissen 159. —, d. Säuglings 63.
Fettspaltung in d. Geweben 232.
Fettsucht, Entfettung u. Entwässerung bei 39. (durch Milchkur) 39. —, b. Hirntumoren 169. —, respirat. Stoffwechsel bei 39. —, Sauerstoffwechsel 143.
Fettzufuhr zur Fettvermehrung d. Muttermilch 59.
Fibrin, Wasseralsorption 231.
Fibrolysin, Wirkung b. Tabes 128.
Fieber, Arbeit d. Herzens bei 240. —, nach Milzexstirpation 85. —, schwarzes (Parasit) 173. —, Wirkung auf d. im Körper vorhandenen pathogenen Keime 240.
Filtration, d. Wassers, natürliche im Boden 96. —, durch Sandfilter unter Anwendung chem. Fällungsmittel 96. —, durch amerik. Schnellfilter 96.
Finger, angeborene Golenkankylosen 207.
Fischfleisch nach d. Zubereitung (bakteriol. Vorhalten) 98.
Fistel, d. Ductus thyreoglossus 73. —, d. Gallenwege u. dereo plast. Anastomose 81. 82.
Fleischnahrung, Wirkung auf Vegetarianer 213.
Flexura sigmoidea, Beziehungen zum weibl. Genitale 187.
Flobortschusswunden, gerichtsärztl. Beurtheilung 100.
Franklinisation, Darstellung von *Lunzenberger* 230. —, therapeut. Wirkung 230.
Fremdkörper, Einbeilen im Organismus 160. —, aspirirter Zwetschenkern in einem Bronchus 246.
Frnchttod, habitueller, Ursache dess. 252.
Frühgeburt, kunstliche b. engem Becken 107.
Frühjahrskatarrh d. Augen, Symptome u. Behandlung 209.
Fulguration, in d. Laryngologie 247. —, maligner Tumoren (d. Krebses [von *de Keating-Hart*, Deutsch von *E. Schümann*]) 105. (Erfolge) 201. 256. —, Wirkung auf d. Organe 19. 20.
Funkeninduktoren, Stromunterbrecher ders. 226.
Fussfrakturen 209. —, als Initialsymptome d. Tabes 123. 125. —, isolirte d. Os naviculare 209.

Gallo, Sekretion nach Fettdarreichung (von *G. Koster*) 220. —, sekretionsbefördernde Mittel 165. —, Wirkung d. durch d. Magen eingeführten 165.
Gallenblase, akute Entzündung u. deren operat. Behandlung 79. —, Regeneration nach partieller Cholecystektomie 81. —, papillare Wucherungen (Beziehung zur Cholelithiasis u. Carcinom) 78. 79.
Gallen-Bronchus-Fistel, Heilung 82.
Gallenfarbstoff, Nachweis u. klin. Bedeutung 174.
Gallensteinleiden, Bedeutung d. Bakterien für d. Entstehung 239. 240. —, Ileus bei 82. —, pathologische Anatomie u. Klinik 79. —, Recidive operativ behandelter 81. —, retroperitonäaler Abscess bei 81.
Gallenwege, congenitale Anomalien 78. —, Beziehungen d. Staphylokokken u. Streptokokken zu dens. 239. —, Fisteln u. deren Plastik 81. 82. —, Pathologie u. Chirurgie 79—81. —, Zerreissungen d. Ausführungsgänge 82.
Galvanisation, therapeutische Anwendung 228.
Ganglien, Compression u. Quetschung sensibler (Symptome) 20. 21. —, Erkrankung des Gangl. tisseri bei Mittelohreiterung 260.
Gangrän d. Pankreas, chirurg. Behandl. 78. experimentelle 77. —, d. Zahnpulpa, zahnärztl. Behandlung (bakteriol. Nachprüfung) 71.
Gasbacillus, *Fränkel*'scher als Erreger lokaler Hautnekrose ohne Gasbildung 17.
Gaumenspalten, congenitale (Schliessung ders.) 71.
Geburt, Abriss d. Scheide bei 189. —, Blutungen unter ders. (seltene Formen) 189. —, Dammschutz bei 189 —, Dauer bei japanischen u. europäischen Frauen (von *Sakuru* aus Nagasaki) 109. —, Eihautentfernung nach 57. —, Kaiserschnitt bei 191. —, Lagerung der Gebärenden u. austreibende Kraft bei 253. —, Nachgeburtsblutung u. deren Behandlung 57. —, akute Peritonitis vor u. in ders. 56. —, spontane bei engem Becken 188, in Querlagen 263. 264. —, b. vorgeschrittener Tabes 124. 126. —, Uterusinversion nach ders. (operat. Behandlung) 57. —, vollendete vom gerichtsärztl. Standpunkt 100.
Geburtshülfe, allgemeine (Vorlesungen von *H. Bayer*) 262. —, Behandlung hoher Querstands der Gesichtslagen 56. —, berühmte Geburtshelfer d. 16. u. 17. Jahrhunderts (von *Gust. Klein*) 107. —, Entstehung der Schädellagen 188. —, Mechanik u. Therapie der in der Austreibungsperiode befindl. Querlagen (von *W. Zangemeister*) 263. —, praktische (Wiederholungsbuch für Hebammen von *P. Baumm*) 222. —, geburtshülfl. Therapie einschl. Operationen (von *Const. J. Bucura*) 106. —, Uterusruptur b. tiefstehendem Steiss 56.
Gefässveränderungen durch Adrenalin, günst. Beeinflussung durch Jod 23.
Gehirn, Abscess, otitischer 170. —, vergleichende Anatomie d. Mandelkerns u. seiner Nachbargebilde 138. —, Beziehungen zwischen Frontallappen u. Kleinhirn 139. —, Furchen d. Katzenhirns 138. —, Geschwülste u. deren Behandlung 169. 170. 257. —, Gewebsveränderungen durch Neoplasmen 170. —, giftbindende Wirkung auf Strychnin 241, auf Tetanusgift 131. 238. —, Herdkrankheiten 169. —, Längsdurchschneidung des Kleinhirns beim Hunde 139. —, Lokalisation des musikalischen Talents im 139. —, hereditär syphilitischer Säuglinge 197. —, von Ureinwohnern Australiens 138. —, Verletzungen (hyperalgetische Zonen bei) 258. —, Windungsrelief am Schläfenbein 137. 138. —, chem. Zusammensetzung bei verschiedenem Lebensalter 137. — S. a. Hirnchirurgie; Hirnerkrankungen; Hirnsinus; Hirntumoren; Hirnventrikel.
Gehör, Accommodation im Ohr 152. —, Funktion der Corti'schen Membran 152. —, Herabsetzung d. subjektiven Tonhöhe durch Steigerung der objekt. Intensität 152. —, künstl. Hallucinationen b. Alkoholdeliranten 172. — S. a. Hörerscheinungen; Ohr.
Gehstörung, typische b. Tabes 123. 126.
Gelenkerkrankungen, gonorrhoische, Behandlung mit Stauungshyperämie 66. —, traumatisch-entzündliche (Begutachtung) 207. —, tuberkulöse 201. — S. a. Arthritis.
Gelenkrheumatismus, Herzcomplikationen 173.
Gelenktransplantation, Verfahren 70.
Gelenkversteifung, operative von paralytischen Gelenken 70.
Generationsprocess nach Durchtrennung d. Rückenmarks (Experimentelles) 12.
Genitalien d. Weibes, Anatomie ders. (Vorlesungen von *Heinr. Bayer*) 262. —, bildliche Darstellungen vom 9. Jahrhundert bis Vesal (von *Gust. Klein*) 107. —, Bindegewebe ders. 236. 237.
Geruch, nervöse Erkrankungen (von *v. Frankl-Hochwart*, 2. Aufl.) 261.
Geschlechtsbestimmung b. Menschen 140.
Geschlechtsfunktionn, Bedeutung in d. Therapie d. Gonorrhöe b. Manne 47. 48.
Geschlechtsverhältniss b. d. Geburten in Oesterreich 215.
Geschmacksempfindung, Störungen (von *v. Frankl-Hochwart*, 2. Aufl.) 261. —, verspätete b. Tabes 123. —, von Zucker u. Saccharin 152.
Gesichtsfeld, zur Frage d. Referenzflächen 149.
Gesichtslähmung, operative Behandlung 201.
Gesichtsverletzungen u. chirurg. Krankheiten des Gesichts (von *H. Treudelenburg*, 2. Hälfte, 1. Theil) 223.
Gesundheitsstörungen durch Blitzschlag u. elektr. Ströme 226. 227.
Gicht, Natur d. toxischen 163.
Gift, Angriffspunkt (Bestimmung durch antagonistische Giftversuche) 145. —, in der dramatischen Dichtung u. in der antiken Literatur (von *E. Harnack*) 224. —, Wanderung des Giftes in Leichen 100. — S. a. Vergiftung.
Gliome, Exstirpation u. deren Resultate 257.
Gonohämie b. Neugeborenen 255.
Gonokokken, Charakterisirung durch *Gram's* Verfahren 43. 44. —, Infektion 44. 45. —, Cultiviren 43. —, abtödtende Mittel 43. 44. —, Nachweis 47. 48.
Gonokokkensepsis d. Neugeborenen 45. 47.
Gonorrhöe, Allgemeininfektion mit 46. 47. —, Bakteriologie u. Histologie ders. 43. 44. —, Bericht über (von *Böhme* in Leipzig) 43. —, chronische 44. 45 —, Complikationen 45. (Epididymitis) 46. (Prostatitis) 46. (Pyelitis) 46. (Arthritis) 47. (Meningitis spinal.) 47. (Spermatocystitis) 46. —, Diagnose 45. —, Häufigkeit in Deutschland 44. 45. —, latente: Exacerbation nach der Entbindung 44. 45. —, ungewöhnl. Lokalisation 47. —, paraurethrale 43. 44. —, Pathologie u. Hygiene 44. 45. —, Phosphaturie bei 46. —, Symptome b. Weibe 44. 45. —, Therapie ders. b. Manne 47—49. (abortive) 48. (combinirte) 47. 48. (Abhandlung von *Orlowski*) 106. b. Frauen 49. 50. präventiv 49. 50. Werth d. Santyl *Knoll* 167. d. Silbersalze 167.
Gonosan, Wirkung b. Tripper 49.
Granulom, teleangiektatisches d. Haut (*Küttner*) 181.
Greisenalter in forensischer Beziehung 172.
Ginajaksaponin, hämolytische Wirkung 8.
Guarneri'sche Körperchen, Natur ders. 19. —, b. Variola u. Vaccellen 19.
Gynäkologie, alte u. neue (Festschr. f. *v. Winckel*, herausgeg. von *Gust. Klein*) 107. —, neuere Behandlungsmethoden 50. 51. —, Blutuntersuchungen in (Ergebnisse von *Erich Aulhorn*) 108. —, Consultations sur la grossesse, l'accouchement, les maladies de femmes et les soins à donner aux nourrissons (Observations personelles par *H. Stapfer*) 263. —, Elektrotherapie in 228. —, Lehrbuch, kurzes (bearb. von *E. Bumm, A. Döderlein* u. A.) 222. —, Narkose mit Scopolamin-Morphium in ders. 54. —, Vaporisation in 184.

Haarkrankheiten, Knötchenbildung im Haar 182. —, durch Microsporum canimum u. lanosum beim Menschen 181. —, vergleich. Pathologie 182.

Hämagglutination, Beziehungen zur Hämolyse 8. —, durch Ricin 8. (Säurewirkung) 8. — S. a. Agglutination u. Agglutinin.
Haemangioma cavernosum d. Kehlkopfs 40.
Hämatocele durch Blutung aus einem Corpus luteum 184. —, Membran ders. (Bau u. Entstehung) 184.
Haematolymphangiomu mixtum 201.
Hämatom, extradurales 170. (traumatisches) 258. —, subdurales (Diagnose u. Therapie) 257.
Hämatosalpinx b. Haematometra unilateralis (Genese) 183.
Hämoglobin, Reduktionsmittel für dass. 215.
Hämolyse, Ablauf b. Belichtung sensibilisirter rother Blutkörperchen 132. —, hämolytische Complemente 8. —, durch Guajaksaponin 8. (Mechanismus) 9. —, solche beschleunigende Immunsubstanzen 16. —, durch Saponin 243. —, hämolyt. Serumstolle beim gesunden u. kranken Kinde (von *Ernst Moro*) 110. —, specifische durch isotonische Salzlösungeu 155. —, Wirkung von Säure u. Alkali auf 8.
Hämolysine von Anaëroben 154. —, Uebergang specifischer durch die Darmwand 155. —, Wirkung auf Protozoen, Spirochaeten u. Vibrionen 154. 155.
Hämophilie, Formen 176. —, Pathologie u. Behandlung 175. 176. —, Wesen 175.
Handbuch d. physiolog. Methodik (von *R. Tigerstedt*, II. Bd., 2. Abth.) 101.
Harn, Ausscheidung von Alkylaminen b. Nervendegeneration 133. d. Atoxyls (Nachweis u. Gang) 21. jodhalt. Arzneimittel 23. schwefliger Säure b. Versuchen mit schwefligsaurem Natron 9. —, Bestimmung des Gesammtschwefels im 134. —, Beziehungen d. Schwefelausscheidung zur Rhodanausscheidung 10. —, iso- u. heteroantagonistische Erscheinungen durch Bakterien im 16. —, mydriatisch wirkende Substanzen im 176. —, Nachweis von Jod im 23. —, Wirkung von Darmextrakt u. Pepton *Witte* auf d. Sekretion 146.
Harnblase, retrovesikale Cysten 87. —, Ektopie (Behandlung) 86. 87. —, Myome 86. —, Röntgenographie b. Steinen in 87. —, extraperitoneale Rupturen 87. —, Sectio alta 87.
Harneultnren, Hemmungserscheinungen gegen Bakterien 16.
Harnretention im Kindesalter 64.
Harnröhre, angeborene Divertikel der männl. (Histologie u. Genese) 86. (Casuistik u Behandlung) 205. —, Polypen d. hinteren 182. —, angeborene Strikturen u. deren Beziehung zur Rousseau'schen Krankheit 88.
Harnsäureausscheidung im Säuglingsalter 63.
Harnsediment, dauernde Aufbewahrung 135.
Harnwege, Myome 86.
Hauthlutungen im Kindesalter 197.
Hautdelekte, angeborene am Kopf Neugeborener 215.
Hautgeschwülste 181.
Hautkrankheiten, Abhandlung d. chirurgischen von *J. L. Faure* (übersetzt von *W. Goebel*) 223. —, durch Anwendung von Dauerbädern 239. —, Behandlung mit statischer Elektricität 179. mit Kohlensäureschnee u. flüssiger Luft 179. —, bullöse 42. 181. —, hämatogene vom weibl. Genitale aus 193. —, keratotische u. carcinomatose nach Arsenikbehandlung Psoriasiskranker 43. —, Krebsmetastase der Haut nach Röntgenbestrahlung 247. —, Lichen ruber 180. —, durch Mikrosporum lanosum u. caninum 181. 248. —, Pityriasis rubra 180. —, b. Säuglingen 197. 198. —, Tuberkulide der Haut (Zugehörigkeit) 180. —, in Westgrönland 182.
Hautpigment s. Pigmente.
Hebammen, Wiederholungsbuch für solche (von *P. Baumm*, 5. Aufl.) 222.
Heberden'sche Knoten, Pathogenese 40.
Hebosteotomie, Erfolge an der Kieler Frauenklinik mit 190. —, Leistungsfähigkeit u. Nothwendigkeit 107. —, Wundheilung bei 191.
Heilmittelproduktinn, Missstände 168.
Heissluftbehandluug bei gynäkolog. Fällen (poliklin. Erfahrungen von *H. Eltze*) 108. —, bei chron. Unterleibsleiden 50.
Hemicellulosen in den Schalen von Cucurbita Pepo 130.
Hemiidrosis unilateralis b. Tabes 123.
Heredität psychoneurotischer Zustände 271.
Hermaphroditismus b. Menschen (von *Fr. Ludw. v. Neugebauer*) 105. —, wahrer u. scheinbarer 237. 238.
Hernien d. seitl. Bauchdecken (Aetiologie) 75. —, crurale 76. —, Einklemmung ders. (experimentelle Untersuchungen) 204. —, epigastrische 76. —, inguinale bei Kindern (Behandlung) 75. —, H. ischiadica (supra- u. infrapyriformis, spinotuberosa) 76. —, retroperitoneale 76. —, übergrosse (Ueberhernien u. deren Radikaloperation) 75. —, umbilicale u. deren chirurg. Behandlung 74. 75.
Herpes zoster ophthalmicus 210.
Herzarbeit b. Fiebertemperatur 240.
Herzfehler, Blutconcentration bei 175. —, b. Gelenkrheumatismus 173. —, Schwangerer 192.
Herznerven, Anatomie u. Physiologie (von *E. v. Cyon*, übersetzt von *H. L. Heussner*) 102. —, ontogenetische Entwickelung d. Wirkung ders. b. Frosche 235.
Herzverletzungen, gerichtsärzl. Beurtheilung 101.
Heterotopie von Darmparasiten 175.
Hirnchirurgie, Beiträge von *Jos. Gobiet* 169, von *Krönlein* 257.
Hirnerkrnnkungen mit tödtlichem Ausgange ohne anat. Befund 168.
Hirnsinus, Verletzung d. S. longitudinalis 170.
Hirntnmoren, operative Behandlung 169. 170. 275. —, Fettsucht b. 169. —, Störungen des Hirngewebes durch dies. 170.
Hirnventrikel, Dauerdrainage b. Hydrocephalus 257.
Hitzeemlindung, Reizschwelle u. Reaktionszeit 151.
Hoden, Röntgenbestrahlung (anatom. Veränderungen) 160. —, Tunica dartos ders. (physiolog. Eigenschaften) 234. —, Zwischenzellen 234.
Hörerscheinungen, elektrische Behandlnng subjektiver 230. —, subjektive u. subjekt. optische Anschauungsbilder (von *Vikt. Urbantschitsch*) 102.
Hornhaut des Auges, Geschwulst ders. aus Plasmazellen 90. 91. —, Geschwür an der Hinterfläche 210. —, Trübung durch Verätzung (Wirkung d. Anaesthetica) 210.
Hültgelenk, Luxationen u. deren Reposition 208. —, „schnellende Hüfte" 208.
Hunger, Einfluss auf d. Geschlechtsorgane in d. Brunstzeit 13.
Hyalinerkrankung d. Conjunctiva 20.
Hydatidencysten d. Lunge im Kindesalter 198.
Hydrocephalus kleiner Kinder, Behandlung 202. 257.
Hydrops, Beziehungen d. Eklampsie zu 254. 255.
Hydrotherapie, Erfolge b. klimakterischen Beschwerden 184. b. Tabes 128.
Hygieine, hygienische Eroberung Afrikas 99. —, des Wassers 95.
Hyperalgesie, Zonen solch. bei Schädel- u. Gehirnverletzungen 258.
Hyperemesis gravidarum (vera u. spuria) 54.
Hypnose, Wesen ders. 171.
Hypophysis cerebri, Freilegung ders. 169. —, sekretorische Funktion 144. —, Tumoren (Adipositas universalis bei) 169. (operative Behandlung) 39. 169. (Röntgenographie) 169. (Symptome) 39. 245.
Hysterektomie b. Bakteriämie d. Kindbettes 58. —, Indikationsbegrenzung 253.
Hysteroskopie, Apparat u. seine Anwendung 183. — S. a. Endoskopie.

Jahresberichte über neun Arzneimittel (von *E. Merck*, 21. Jahrg.) 224. —, über Leistungen u. Fortschritte auf d. Gebiete d. Erkrankungen d. Urogenitalapparats (von *A. Kollmann* u. *S. Jacoby*) 223. —, der Physiologie (Bericht von 1906 von *L. Hermann*) 102.

Ikterus, Differentialdiagnose 78. —, operat. Eingriff b. 78. —, Gelbsehen b. 92. —, Neugeborener 174. 255.
Ileus b. Gallensteinen, Operation 82.
Immunisirung, Veränderung d. körpereignen Serumeiweisses durch 238.
Immunkörper, hämolytische (Nachweis u. Isolirung) 8. (Säurenatur) 8. 9. (chemische Natur) 9. —, Hämolyse beschleunigende 16.
Impetigo rodens 43.
Impfung d. Maul- u. Klauenseuche vom Menschen auf Rinder 17. — S. a. Schutzimpfung.
Impftuberkulose durch Nadelstich in die Fusssohle 43.
Implantation vom embryonäalem Gewebe in's Gehirn 160.
Impotenz, elektr. Behandlung 228.
Indoxylurie b. abnormen Gährungen im Kinderdarm 196. 197.
Infektionskrankheiten, Complementbindung der Sera bei 246.
Influenza, croupose Pneumonie im Anschluss an 28 31.
Injektionen, intrauterine, Gefahren u. Nutzen 249.
Innere Sekretion unter der Wirkung von Jodothyrin 11.
Intubation b. diphtherischer Larynxstenose 203. 259. —, zur Lehre ders. (von *J. v. Bockay*) 110.
Jodoform-Knochenplombe nach *v. Mosetig-Moorhof* 69.
p-Jodphenylarsinsäure, biochemische Untersuchungen 164.
Jodpräparate, therapeut. Erfolge b. Anwendung 164. (b. Gefässerkrankungen durch Adrenalin) 23. —, Jodkali b. Eiterungen d. Nasennebenhöhlen 164. —, Jothion als Hautdesinficiens b. Operationen 199. —, Nachweis d. Jods im Urin b. Anwendung solch. 23.
Ionenlehre von *Aug. Righi* 220. —, Elektrotherapie im Sinne ders. 227. 228. 242.
Ischiadicus, Einfluss d. Reizung auf d. Luft- u. Blutgehalt d. Lunge 142.

Kältoempfindung, Reizschwelle 151.
Kaiserschnitt, extraperitonäaler 191. (Indikation) 253. —, suprasymphysärer 191. —, Uterusexstirpation nach dems. 253. —, vaginaler in d. Praxis 253.
Kala-azar (schwarzes Fieber), Parasit dess. 173.
Kalkdesinfektion, Wirksamkeit 97.
Kalksalze, Anwendung b. Pneumonie 28. 37.
Kaltblüter, Temperaturcoefficient für d. Lebensdauer 137.
Knrell'sche Milchkur b. Fettsucht u. Kreislaufstörungen 39.
Karlsbader Wasser, Wirkung auf d. Galle 165.
Kntalase, Bildung durch Bakterien 15.
Katarakt, Entwickelung d. vorderen Polarkatarakt 91. —, Jodkalibehandlung d. beginnenden 91.
Katatonie, Selbstverletzung in einem Anfall 28.
Keimcentren in d. Lymphknoten von Säugetieren u. Einfluss d. Alters auf 135.
Kehlkopf, erschwertes Dekanulement 259. —, Fulguration dess. 247. —, Erkrankung eines Gelenks bei Tripper 45. 47. —, Hämangiom 40. —, einseit. Krampf 40. —, Muskellahmungen 178. 179. —, Papillome u. deren Entfernung 259. —, Stenose (Behandlung) 203. 259. —, Stimme u. Sprache bei fehlendem 179. —, Stridor dess. b. Neugeborenen 59. —, Veränderungen b. multipler Sklerose 178.
Kehlkopfexstirpation, Spätasphyxie nach totaler 259.
Kehlkopfkrankheiten, Grundriss u. laryngoskop. Abbildungen (von *L. Grünwald*) 111. —, b. Tabes 123. 126.
Keratitis parenchymatosa, Nachweis von Spirochaete pallida in d. Hornhaut 210. —, trypanotoxische 238.
Keratoconus des Bulbus, Pathologie u. pathol. Anatomie 91.
Keratosis nach Arsenbehandlung Psoriatikor 43.
Kornschwund, infantiler, Beziehungen zur Dystrophie u. angeborenen Muskeldefekten 168.
Keuchhusten, Behandlung mit Dialysat von Herba Thimi u. Pingueculae 21. —, Erreger dess. 19. —, experim. Erzeugung b. Affen 19. —, Lebensgefährdung d. weibl. Geschlechts durch 98.
Kieferornata b. Exartikulation d. Unterkiefers 71.
Kieferhöhlenempyeme, chronische (Behandlung) 247.
Kieselsäure, Wirkung auf rothe Blutkörperchen 8.
Kinder, ascitesähnl. Erscheinungen b. darmkranken 196. —, Darmaffektionen durch Trichocephalus dispar 64. —, Darmflora in d. ersten 5 Jahren 196. —, Einfluss d. Blutsverwandschaft d. Eltern 65. —, spontane Frakturen bei 206. —, hämolytische Serumstoffe beim gesunden u. kranken (von *Ernst Moro*) 111. —, Hautblutungen 197. —, Hernien u. deren chirurg. Behandl. 74. 75. —, flydatidencysten in d. Lungen 198. —, Hydrocephalus (Behandlung) 202. —, Indoxylurie 196. —, Nervosität u. Ernährung b. dens. 199. —, Polyurie ders. 199. —, rheumatische Erkrankungen 65. —, Sommerdurchfälle 65. —, Stoff- u. Kraftwechsel 63. —, Verhalten von Harn u. Stuhl im Kindesalter 64. —, Wachsthum u. Entwickelung ders. 195.
Kinematograph, Flimmern dess. 150.
Kläranlagen, Hauptfunktion der Faulgrube bei 97. —, Reinigungsprocess 96.
Klimakterium, cervikale Hämatometra jenseits dess. 183. 181. —, Hydrotherapie b. Beschwerden durch 184.
Kniewinkel-Phänomen b. Tabes 123. 124.
Knochenbrüche, operative Behandlung 89. —, der Fusswurzelknochen 209. —, im Kindesalter 206. —, Mechanismus d. Entstehens 100. —, bei Neugeborenen (Behandl.) 256. —, prätabische 123. 125. —, d. Schenkelhals 207. —, b. Tabes (Aetiologie) 260.
Knochengeschwülste durch Echinococcus (Diagnose) 68. —, Sarkome d. langen Röhrenknochen (Behandl.) 68.
Knochentransplantation, freie 70.
Körper, menschlicher in Sage, Brauch u. Sprichwort (von *K. Knortz*) 224.
Körpertemperatur, Bedeutung d. Steigerung im Fieber 240. —, Einfluss d. Muskelarbeit u. Nahrungsaufnahme 213. 214.
Kohlensäure, therapeut. Verwendung 179.
Kohlensäureabgabe beim ruhenden nüchternen Menschen 143.
Kopfhaut, Mikroorganismen ders. 248.
Kopfschmerz b. Magenleiden, Diagnose 177.
Kreatinin, Ausscheidung beim Menschen 134.
Krebserreger, thatsächlicher, sein Cyklus u. seine Dauersporen (von *Rob. Behler*) 220.
Kreislaufstörungen, Behandl. 39. —, Blutuntersuchung in peripherischen Gefässen b. 175.
Kreosotal, Verwendung b. Pneumonie 28. 37.
Kriegsheilkunde, Beiträge aus d. Hulfsthätigkeit d. deutschen Vereins vom Rothen Kreuz im russ.-japan. Krieg (herausgeg. vom Central-Comité) 223. —, Thätigkeit d. Lazaretbs am Golitzyn-Hospital während d. russ.-japan. Krieges 224.
Krisen b. Tabes 122—126.
Kropf, Operationsfolgen 202. —, Schiefhals u. Wirbelsäulenverkrümmung b. dyspnoëtischem 259.
Kryoskopie kleiner Flüssigkeitsmengen 263.
Kryatnllose, Süssempfindung b. 152.
Kryptorchismus, chirurg. Behandl. 88.
Kuhpocken, Erkrankung Ekzematöser an 4. 5. —, Herstellung u. Reinigung d. animalen Lymphe aus 7. —, Uebertragung auf d. Menschen (von *E. Vollmer*) 2. —, Virus ders. 7. (bewegliche Körperchen in) 19.
Kurzsichtigkeit, angeborene 211. —, Entstehung durch Nahearbeit 211.

Lähmungen, elektr. Behandl. 228.
Laktase, Bildung im Pankreas nach Milchzuckerernährung 145.
Laparotomie, Aufstehen der Operirten nach 186. —, h. subcutaner Milzruptur 84. —, Naht d. Fascien m. Silkwormgut b. (von *Reinh. Beundorf*) 108.
Laryngologie, Geschichte ders. an d. Universität Heidelberg seit Erfindung des Kehlkopfspiegels (von *A. Jurasz*) 264.
Laryngoskopie, Atlas ders. m. Grundriss d. Kehlkopfkrankh. von *L. Grünwald* 111.
Leber, Cirrhose ders. u. deren Genese 162. —, Echinococcus multilocularis 83. —, Entwickelung u. Versorgung ders. m. Blut 235. 236. —, Geschwülste ders. (capilläre Gallengänge in diesen) 162. —, Kupfergehalt ders. 10. —, Resektion 82. 83. —, Rupturen u. deren Behandl. 82. —, Wirkung von Adrenalin auf d. Kaninchenleber 24.
Leberkrankheiten, akute Atrophie d. Leber (Aetiologie u. Diagnose) 174. —, diagnost. Bedeutung d. Urobilinurie 174. —, syphilit. nach vorausgegangener Malaria 174.
Lehrbuch d. Arzneimittellehre u. Arzneiverordnungslehre (von *H. v. Tappeiner*; 7. Aufl.) 220. —, d. allg. Chirurgie (von *Erich Lexer*) 262. —, kurzes d. Gynäkologie (bearb. von *E. Bumm, Alb. Doderlein* u. A.) 222. —, der Physiologie d. Menschen (von *R. Tigerstedt*, 4. Aufl.) 101. (von *Luiji Luciani*, deutsch von *Baglioni* u. *Winterstein*) 101.
Leishman'sche parasitäre Krankheiten 173.
Leistenbruch beim Kind, Radikaloperation 75. — S. a. Hernien.
Leitungswiderstand, elektr. d. menschl. Körpers 226.
Lepra, Wassermann'sche Reaktion 42.
Leuchtorgane der Tiefseefische 14.
Lenkocidine von Anaeroben 154.
Lenkocyten, granulirte 235.
Leukocytenextrakte von Kaninchen u. Meerschweinchen, baktericide Wirkung 154.
Leukoplakie der männl. Genitalien 182.
Lenkoplasie, Wesen ders. u. Symptome 41.
Lexikon, diagnostisch-therapeutisches f. prakt. Aerzte (herausgeg. von *K. Bruhns, A. Bum* u. A.) 220.
Lichen planus sclerosus et atrophicus 42. —, ruber, Symptomatologie 180.
Lichthäder, elektr. bei Pneumonie 35.
Lichtempfindung h. diaskleral ins Auge fallenden Lichtreizen 149. —, Funktion d. Netzhaut h. 149. —, Unterschiedsschwelle im anfsteigenden Theil einer solch. 149. —, Theorie über 148.
Lichtstrahlen, Wirkung verschiedenfarbiger auf Entzündung 159.
Ligamente d. Uterus, intraperitoneale Verkürzung 251.
Lipase durch Schimmelpilze 16.
Lipom, colloides des Ruckens, Exstirpation 256.
Liquor cerebrospinalis, luetische Antistoffe in dems. b. Paralyse u. Tabes 116—120. —, cytologische u. chemische Untersuchungen b. Paralyse, Tabes u. Syphilis 126. 127.
Luftbad, elektrostatisches 230.
Luftbehandlung h. Hautkrankheiten (mit flüssiger Luft) 179. —, b. Lungenentzündung 28. 38.
Lumbalanästhesie mit Stovain 199. —, Neben- u. Nachwirkungen 199. 200. —, Veränderungen d. Nissl'schen Granula h. 166.
Lumbalpunktion b. Schädelbrüchen 258.
Lungen, einseitige Amputation (Raumausgleich in d. Brusthöhle) 203. —, Emphysem durch gewaltsame Erstickung 101, durch starre Thoraxdilatation (Chondroktomie) 204. —, Entspannung durch operative Beeinflussung einseit. Phthise 203. —, Luft- u. Blutcapacität b. Dünndarm- u. Ischiadicusreizung 142. —, von todten Neugeborenen (Schwimm- u. Fäulnissprobe) 100. (Röntgenuntersuchung betr. Athmung) 100. —, schwimmende ohne Luftgehalt 215. —, Verhalten nach Aspiration von Wismuthlösung 101.
Lungenabscess, chronischer (operative Behandl.) 74.
Lungencarcinom, primäres 246.
Lungencomplikationen, postoperative pneumonische u. embolische (Therapie) 67.
Lungenentzündung s. Pneumonie.
Lungentuberkulose, operative Beeinflussung einseitiger 203. —, Schwangerschaftsunterbrechung b. 53.
Lungenverletzungen durch Rippenbrüche (Behandl.) 73. —, Schusswunden u. deren Naht 73.
Luther's Krankheiten, Einfluss auf seinen körperlichen u. geistigen Zustand (von *Wilh. Ebstein*) 112.
Luxatio femoris 208. —, genu congenita (blutige Reposition) 89. —, humeri retroglenoidalis infraspinata 208. —, obturatoria (Behandl. d. irrepouiblen) 208.
Lymphangiome, L. circumscriptum (Ursache u. angeborene Anlage) 42. —, L. cysticum d. Prostatagegend 87. — symmetrische d. Mundspeicheldrüsen 72.
Lymphe, animale zur Pockenimpfung: Bakterienbefreiung 7; Einfluss d. Alters auf d. Virulenz 7, hohor Temperaturen 7. —, postmortale: physiko-chemische Eigenschaften 234.
Lymphostase, therapeutische Wirkung auf Neubildungen 68.
Lysinogen der Blutscheiben 132.
Lysoform als Desinficienz 167.

Macula lutea, Lochbildungen 93.
Maculae coeruleae. Entstehung 181.
Magen, Lähmung mit Duodenalverschluss 186. 187. —, Schleimhautzerreissung durch äussere Gewalt 100. —, Sekretionsprocess d. Labdrüsen 145. —, Verdauung d. Säuglingsmagen 62. —, Wasserstoff-Ionenconcentration im Säuglingsmagen 62. —, combinirte Wirkung von Atropin u. Morphium auf 145. —, postmortale Wirkung von Aetzmitteln auf 215.
Magen-Darmblutungen nach Milzexstirpation 85.
Magnesium, Umsatz d. Säuglings'an solch. 62.
Mukrognmeton, Schizogenie ders. 239.
Malakoplakie, Wesen u. Erscheinungen 41.
Malaria u. Anopheles in d. Umgebung Leipzigs 158. —, Arteinheit d. Parasiten 157. —, Bedeutung d. Anopheles b. 158. —, Blutbefund b. 158. —, ohne Parasitenbefund u. Parasitenbefund ohne Malaria 158. —, beim Pferd (Piroplasmose) 153. —, Prophylaxe 158. 159.
Mandelgeschwülste, bösartige (Operation ders.) 72. 177.
Masern, bakteriologischer Befund 172.
Mastitis chronica cystica 259. —, puerperalis, Formen u. Behandl. 204.
Materienstruktur, neue Anschauungen (von *Aug. Righi*) 220.
Maul- u. Klauenseuche, Impfung d. menschlichen auf Rinder 17. —, Uebertragung auf d. Menschen 17.
Mediastinum, Abscesse (traumatische u. spondylitische) 203. —, Emphysem nach einseitiger Lungenoperation 203.
Medicin, gerichtliche: Verhandlungen d. deutsch. Gesellsch. f. solch. in Stuttgart 1906 (Vjhrsschr. f. ger. Med. 3. F. XXXIII. Suppl.-Heft 1907) 99; in Dresden 1907 (Vjhrsschr. f. ger. Med. 3. F. XXXV. Suppl.-Heft 1908) 100.
Medicin, praktische: „Die Elektricität" in ders. (von *Boruttau*) 225. —, Encyklopädie f. (herausgeg. von *M. T. Schnirer* u. *H. Vierordt*) 221. —, „Der Praktiker" (Nachschlagebuch von *F. Grötzner*) 221.
Medicinalbericht von Württemberg für 1901/02 (vom Kgl. Medicinal-Collegium) 112.
Meerwasser, Gehalt an organischen Kohlenstoffverbindungen (Bedeutung f. d. Stoffwechsel d. Meeres) 236.
Melaena neonatorum, Behandl. mit Gelatineinjektionen 198. —, spuria 198.

Menière'scher Symptomencomplex, Verwendung d. galvan. Stromes b. 228.
Meningits spinalis nach Gonorrhöe 46. 47. 173.
Mesenterium, isolirte Abreissung nach Banchcontusion 205.
Metatarsalien d. Menschen, Architektur 135.
Micrococcus melitensis, Virulenz 157.
Microsporum caninum et lanosum als Erzeuger von Alopecie beim Menschen 181, von Herpes tonsurans 248.
Migräne, ophthalmoplegische 168.
Mikroorganismen in der Atmosphäre (Arten u. Verbreitung) 95. —, d. Kopfhaut 248. —, d. Pocken 7. 28. 29. 30. 31.
Milch, Caseinsuspension in frischer u. geronnener 131. —, Fettzusammensetzung d. Kuhmilch 131. —, Einfluss d. Fettvermehrung d. Frauenmilch auf d. Gedeihen d. Brustkindes 59. —, Kuhmilch zur Säuglingernährung 61. —, Variabilität d. Zusammensetzung 212. —, Verhalten d. Frauenmilch zu Säuren u. Lab 130. 131. —, Ziegenfütterungsversuche mit rohor u. gekochter Kuhmilch 61.
Milchknren b. Fettsucht u. Kreislaufstörungen 39.
Milchsäure, quantitative Bestimmung in Organen u. thier. Flussigkeiten 233.
Milzabscess, Pathologie u. Therapio 85. —, sequestrirender 83.
Milzbrand, äusserer beim Monschon (Behandl.) 68. —, Bacillen dess. (biolog. Eigenschaften) 239. —, Resistenz d. Menschen gegen 17.
Milzcysten, nicht parasitäre u. deren Behandl. 84. 85.
Milzverletzungon, Rupturen in d. Tropen 84. —, isolirte Schusswunden 85. —, Splenektomie bei 83. 84.
Missbildungen am Radius u. den Fingern 207.
Mittolohreiterung, akute, Gradenigo's Symptomencomplex ders. 260. —, Sehnervenerkrankung bei 260.
Molluscum contagiosum, innere Behandl. 41.
Morbicid, desinficirende Wirkung 167.
Morbus Addisonii, nervöse Symptome 123. —, Thymushyperplasie b. 39.
Morphoea guttata 42.
Mundschleimhaut, gonorrhoische Infektion 46. 47.
Muscarin, Giftwirkung u. Antagonismus von Muscarin-Atropin 13.
Musiktalent, Lokalisatien im Hirn u. am Schädel 138.
Muskel, Wasseraufnahme u. -abgabe 234.
Muskelcontraktion, Aktionsstrom u. Muskelzuckung im Verlauf d. Ermüdung 14. 148. 148. —, durch Nikotineinwirkung 147. —, Strychninwirkung auf dies. 14. 165. —, willkürliche 147. 148. (tetanische) 148.
Muskeldefekt, angeborener, Unterscheidung von infantilem Kernschwund u. Dystrophie 168.
Muskelerregbarkeit, Einfluss von Salzen auf 13. —, elektrische 147. 148. (Interferenzen zwischen zwei schwachen Reizen) 146. —, elektrisch. degenerirter Muskeln 148. —, b. verschied. Wassergehalt 148.
Muskelnerven, elektr. Erregung 148. —, hemmende Fasern ders. 147.
Mutterkornpräparate, Werthigkeit frischen Mutterkornpulvers 22.
Mykose durch Sporotrichosen beim Menschen 17.
Myome der Harnwege (Casuistik) 86. —, des Uterus 51. 52.
Myxödem, Blutveränderungen b. 175.

Nabelbruch, angeborener (Casuistik) 74. —, Operation dess. 74. radikale 75. (durch Lappendoppelung) 75. (Verfahren nach *Lexer*) 204.
Nabelkegelpuls als Lebenszeichen scheintodter Kinder 195.
Nachtripper, Behandl. 44. 45.
Nägel, Kantenbildung 42.
Naevus Pringle d. Haut, Erscheinungen u. Behandl. 40.
Nagana (Tsetsekrankheit). Heilung der experimentellen 21. —, Wirkung einer Mischung von Atoxyl u. Thioglykolsäure 163.
Nahrungsmittel, Ausnutzung vom Normalen u. b. habitueller Obstipation 40. —, Phosphorgehalt d. wichtigsten 212.
Naht d. Blase 265. —, d. verletzten Lunge 73.
Narben, Behandlung deformirender 40.
Narkose, physikal. Chemie ders. 13. —, mit Hedonal-Chloroform 200. —, h. überdeckter Maske (Handtuchmethode) 200. —, Pneumonie nach solch. 28. 30. —, mit Scopolamin-Morphin 24. (in der Gynäkologie) 54. — Verhalten d. chromaffinen Gewebes b. 166.
Nase, Eiterungen (Saugtherapie b.) 174. —, Verhütung d. Ansaugens d. Nasenflügel 178.
Nasennebenhöhlen, Erkrankung b. Scharlach 246. —, maligne Geschwülste ders. (Pathologie u. Therapie) 247. —, Indikation zu radikalen Eingriffen 178.
Nebennieren, Sympathicuswirkung 11.
Nephritis, serotherapeut. Beeinflussung d. chronischen 177.
Nephrostomie b. Nierenleiden Schwangerer 251.
Nerven, Einfluss d. Temperatur auf d. Leitungsvermögen 146. —, Ermüdbarkeit ders. 146. —, hemmende Fasern in d. motorischen 147. —, d. Geschmacks u. Geruchs u. deren Störungen (von *v. Frankl-Hochwart*, 2. Aufl.) 261. —, d. Herzens: Anatomie u. Physiologie (von *E. v. Cyon*, übers. von *H. L. Heusner*) 102. —, peripher., chemische Zusammensetzung 133. —, Polarisationsstrom von 243. —, reizbare u. leitende Bestandtheile ders. 146.
Nervenerregung für absteigende u. aufsteigende Ströme im Kaninchen- u. Froschmuskel 14. —, Einwirkung d. Sulze u. Narcotica auf 13. —, b. verschied. Wassergehalt 148.
Nervenkrankheiten, chemischer Nachweis der degenerativen 133. —, syphilidogene: Diagnose u. Frühdiagnose ders. 126. 127. serolog. Nachweis d. Lues 116. 118. —, Verhalten d. Cerebrospinalflüssigkeit b. solch. 127.
Nervenpfropfung d. Facialis auf d. Hypoglossus 72. —, spino-faciale 73.
Nervensystem, centrales, Corpora amylacea dess. (Genese) 168. —, Krebsmetastasen b. Uteruscarcinom 250. —, Schwefelverbindungen dess. 10. —, Veränderungen nach Stovainanästhesie 24. —, Wirkung von Blitz u. Starkstrom 226. 227.
Nervenverletzung b. Incisionen am Hals 72.
Nervenzellen, Läsionen durch experimentelle Aenderungen des osmotischen Druckes 240.
Nervosität, elektr. Behandlung 228. —, b. Kindern durch Ueberfütterung 199.
Netzhaut, Ablösung ders. 93. —, fovealer Antheil 149. —, Licht- u. Farbenreaktion 148. 149.
Neubildungen s. Tumoren.
Neugeborene, Asphyxie ders. (Behandlung) 195. —, intracranielle Blutergüsse (infratentoriale u. supratentoriale) 58. 59. (operative Behandlung) 59. —, Erepsin im Darmkanal 64. —, Ernährungsstörungen durch Funktionsstörungen d. Leber (Behandlung) 62. —, Extremitätenfrakturen (Behandlung) 256. —, Gonohämie 255. —, Hautaffektionen 197. —, congenitale Hautdefekte am Kopf 215. —, Ikterus 255. —, Larynxstridor 59. —, Lungenprobe, gerichtsarztl. b. todten 100. —, Melaena ders. 198. —, Pankreasblutung b. 100. —, Schädelimpressionen (Behandlung) 258. —, Selbststillen durch d. Mutter 195. —, Verhalten d. Stickstoffs im Magen-Darmkanal b. artgleicher Ernährung 62. —, angewachsene Zunge 59.
Neuralgien, elektr. Behandlung 228. 229.
Neuritis nach Gonorrhöe 46. 47.
Neurofibrillen, leitende Funktion 146.
Neurosen nach elektr. Entladungen 226.
Nieren, Ausscheidung von Bakterien 155. —, Cysten 162. —, Dekapsulation ders. b. Eklampsie 55. —, Funktion unter normalen u. patholog. Verhältnissen 162. —, Harnabsonderung durch 153. 154. —, b. alimentärer Intoxikation d. Säuglings 64.

Nystagmus b. Bergleuten 94. —, nach Ohreinspritzungen (diagnost. Bedeutung) 244.

Oberkieferresektion, Nutzen d. Carotisunterbindung 71.
Obstipation, vergleichende Ausnutzungsversuche b. 40.
Occipitallappen d. Hirns, operativ geheilte Tumoren 257.
Ochronose, Pathogenese 240.
Oculomotorius, Kern- u. Stammlähmung 178. 179.
Oedem, nutes umschriebenes b. Tabes 123.
Oelkur, Vorschlag zur Verbesserung von *Georg Köster* 220.
Ohr, septische Allgemeininfektion von dems. aus 256. —, eitrige Entzündung combinirt mit Sehnervenerkrankung 260. fortschreitend auf d. Ganglion Gasseri u. Abducens 260.
Olivenöl, Wirkung auf d. Galle 165.
Oophorin, Behandlung mit 23.
Opium, Wirkung im Vergleich zu Morphium 213.
Opiumvergiftung, Magenausspülungen b. (Ueberdehnung d. Magens) 100.
Opsonine im Blut mit Pneumokokkon vorbehandelter Hunde 154.
Orbita, Schussverletzung d. retrobulbären Raumes (Behandlung) 90.
Orchidopexie, Indikationen 88.
Orientbeule, Parasit ders. 173. 174.
Os naviculare tarsi, isolirte Fraktur (Diagnose u. Therapie) 209.
Osteochondritis dissecans am Knie 208.
Osteomalacie, Behandlung mit Antithyreoidin *Möbius* 23. mit Ovarialantikörper 54. —, Verhalten d. interstitiellen Eierstocksdrüse b. 188.
Osteoplastik, Verfahren 70.
Ovarialantikörper castrirter Thiere 55.
Ovarium, Dermoidcysten 55. —, Organome ders. 252. —, osteomalacischer Frauen 188. —, Peritheliom dess. (Blutstillung) 187. —, Prognose d. Tumoren (von *Mally Kachel*) 108. —, Reimplantation beim Menschen 187.
Ovogal als Gallensekretionsmittel 165.
Oxydationsfermente, Vorkommen b. Bakterien u. höheren Pflanzen 9.
Oxyhämoglobin, Molekulargewicht 131.

Pädiatrie, Transactions of the American pedriatic Society 1907 (von *Linnäus Edford La Fetra*) 110.
Pankreas, Krebs (Sitz u. Symptome) 247. —, Nekrose, akute (Heilung) 78. experimentelle 77. —, Ruptur u. deren chirurg. Behandlung 77. 78. —, Saft dess.: Einfluss von Salzsäure u. Darmextrakt 11.
Pankreatitis, akute 76. Todesursache b. 77. —, hämorrhagische 77. 78. Neugeborener 100. —, Therapie 76—78.
Papillom d. Gallenblase 78. —, d. Kehlkopfs (Entfernung u. Verhütung d. Recidive) 259.
Parakeratosis variegata 42.
Paralyse, progressive, Bedeutung d. Syphilis b. 116. 120. d. congenitalen 171. —, Fehlen b. farbigen Rassen 117. 122. —, Immunität Erkrankter gegen Syphilis 120. —, Serodiagnose durch specif. Niederschläge 116. 119. —, Spinalflüssigkeit b. 116. 117. 127. —, Therapie 128. —, Verschlimmerung durch Unfälle 116.
Paranoia, Krankheitsbild u. Differentialdiagnose 171.
Paraplegien nach Wuthschutzimpfungen 170.
Parathyreoidektomie, tetanische Reaktion jugendl. Ratten nach solch. 12. —, Wachsthumshemmung durch 12.
Paresen im Beginn d. Tabes 123. 125: d. Sphincter ani extern. (mit Obstipation) 123. 125.
Parotitis, postoperative 67.
Pars mastoidea, topographisch-chirurgische Anatomie (Beiträge von *H. E. Kanasugi*) 223.
Pellagra, Aetiologie 157. —, Behandlung mit statischer Elektricität 179. —, psychische Störungen b. 27.
Pemphigus neonatorum simplex congenitus 197. —, vegetans 43.
Peptone, Bedeutung für d. Bildung d. Diphtherietoxins 238. —. Pepton *Witte:* Einfluss auf d. Harnabsonderung 146. auf d. Phagocytose 154.
Pequet'sche Cysterna chyli, Ligatur 68.
Periosttransplantation b. knöchernen Ankylosen 207.
Peritheliom d. Eierstocks, Blutung u. deren Behandlung 187.
Peritoneum, Krebs (Diagnose) 161.
Peritonitis durch Pneumokokkon 28. 34. —, puerperale 56. (operative Behandlung) 195.
Perkussionsschall, tympanitischer u. nichttympanitischer (graphische Studien) 135.
Pessar gegen Uterus- u. Scheidenvorfall, neue Construktion 251. —, Einschränkung d. Behandl. mit 251.
Pest, Antikörper gegen Pest immunisirter Thiere 17. —. Immunisirungsversuche 157. —, Laboratoriuminfektion 17. —, Lebererscheinungen b. Bubonenpest 157.
Pestbacillen, Virulenz im Körper von Wanzen 157.
Postpneumonie, experimentelle 17.
Phagocytose, Wirkung d. Pepton *Witte* u. d. Milchsäure auf 154.
Pharmacie in Rumänien (von *Dimitrie Nicolau*) 112.
Pharmakologie, Lehrb. von *H. v. Tappeiner* (7. Aufl.) 220. —, *Merk*'scher Jahresber. über neue Präparate 224. —, *Riedel's* Berichte über neue Arzneimittel (52. Aufl.) 224.
Phosphaturie bei Gonorrhöe 46.
Phosphorleberthran, Wirkung des neuen „Phosrhachit" 165.
Phosphornekrose, Therapie 69. —, Verbreitung in Oesterreich u. deren Ursachen (Bericht von *L. Teleky*) 111.
Photodynamische Stoffe, Angriffsort b. Paramäcien 130. auf rothe Blutkörperchen 130. —, Dunkelwirkung ders. auf Eiweiss, Toxine u. Fermente u. ihre Reversibilität 130. —, Wirkung von Fluorescin, Fluoresceinanilid u. Eosin 130.
Physik, moderne Theorie d. physikal. Erscheinungen (von *Aug. Righi*, 2. Aufl.) 220.
Physiologie, Handbuch d. physiol. Methodik (von *R. Tigerstedt*, II. Bd. 2. Abth.) 101. —, Jahresberichte (Bericht 1906 von *L. Hermann*) 102. —, d. Menschen (Lehrb. von *R. Tigerstedt*, 4. Aufl.) 101. (von *Luigi Luciani*, Deutsch von *Baglioni* u. *Winterstein*) 101. —, Taschenbuch (von *H. Boruttau*) 102.
Pigmente, in d. Geweben, Darstellung mit ihren farblosen Vorstufen 159. —, Ursprung d. melanotischen d. Haut u. d. Auges (von *E. Meirowski*) 261.
Pityriasis rubra Hebrae, mit Lymphdrüsentuberkulose 180. —, pilaris, Pathologie ders. 180.
Placenta, Blutungen nach Ausstossung ders. 189. —, b. abgestorbenen Föten 252. 253. —, Funktion 236.
Plasmodium variolae 7.
Plasmome d. Bindehaut u. Hornhaut 90. 91.
Plastik, b. Gallenfisteln 81. —, b. Verbrennungscontrakturen an Hand u. Fingern 68.
Plattfuss, Bedeutung d. *Gleich*'schen Operation 90.
Pleocytose, cerebrospinale, Ursachen u. Bedeutung 114.
Pleura, Resorption b. lokaler Wärmeeinwirkung 240.
Pleuropneumolysis totalis 203.
Pneumonie, Aetiologie (experim. Untersuchungen) 28. 29. —, Blutbefunde bei 17. —, durch Chloroform 28. 30. —, chronische 28. 32. —, Diagnose durch Durchleuchtung d. Brust 28. 33. —, Einfluss d. Höhenlage d. Orts 28. 32. —, Epidemien 38. (Hausepidemie) 28. 30. 31. —, Fieber, metapneumonisches 28. 34. —, Gesichtserysipel bei 28. 34. —, b. Influenza 28. 31. —, b. Kindern (Athemfrequenz) 28. 31. (Fieberverlauf) 28.

31. —, latente (plötzl. Tod bei) 28. 32. —, lobäre durch Streptokokken 28. 31. —, Perkussionsphänomen b. exsudativer 28. 33. —, postoperative u. deren Behandlung 67. —, Rolle d. Darmes in d. Pathologie ders. 18. —, Therapie ders. 28. (Entleerung u. Desinficirung d. Darme) 28. 35. (Inhalationen u. Cocapräparate) 28. 35. (durch Ozon producirenden elektr. Strom) 28. 35. (durch Serum) 28. 35. 36. (mit Antipyreticis) 28. 36. (mit Kreosol) 28. 37. (mit Arsenik) 28. 37. (mit Kalksalzen) 28. 37. (mit Schwefelkohlenstoff u. schwefelkohlenstoffhaltigem Wasser) 28. 38. (mit frischer Luft) 28. 38. (durch Ableitungsabscesse) 28. 38. —, nach Tramma 28. 32. 39. —, *Westphal's* Phänomen 28. 33.

Pneumokokken, Arten 18. —, Infektion mit solch. 28. 34. (d. Bauchfells) 28. 34. —, latente im Kaninchen (patholog. Erscheinungen) 28. 30. —, Opsonine in Culturen ders. 154. —, Virulenz ders. während d. Pneumonie 17.

Pneumotoxin, Darstellung u. Virulenz 19.

Pocken, Bekämpfung ders. in Kamerun (von *Külz*) 1. 2. —, Blutserum Pockenkranker (baktoriolytisches Complement) 5. 7. —, Diagnose ders. 1. 2. —, Einfluss d. Impfung b. Variolois 1. 2. —, Epidemiologie ders. (von *E. v. Celebrini*) 1. 2. (von *C. Winkler*) 1. 2. —, Erreger ders.: Plasmodium vnriolae 7. Spirochaeten 7. —, Fieber b. Vaccinirten 4. 5. —, Geschichtliches über 5. —, Impfberichte u. Organisation d. Impfung im Deutschen Reiche 3. in Frankreich 4. in d. Schweiz 3. in d. deutschen u. franzos. Colonien 4. in Niederländisch-Indien 4. —, Impfschäden 5. —, u. Pockenimpfung (Bericht von *Wolteмas*) 1—7. —, Statistik d. Todesfälle im Deutschen Reiche 1904/05 (*Breyer*) 1. in Niederländisch-Indien (*A. H. Nijland*) 1. —, Technik d. Impfung bei 5. —, im Wenzel-Hanke'schen Krankenhause behandelte Fälle 1. 2.

Polarisationsbild der Nerven, Wirkung einiger Narkotica auf 243.

Polyneuritis, Psychose b. ders. u. ihre Beziehungen 26. —, b. Tabes u. ihre Beziehungen 123. 125.

Polyurie, essentielle im Kindesalter 199.

Präcipitine, d. Sera b. Syphilis u. Paralyse 116. 119. 120. —, Wirkung ders. 15. sensibilisirende 16.

Prolapsus uteri, Operation u. deren Dauererfolg (von *Th. Petri*) 109.

Prostata, Cysten (Diagnose) 87. —, Hypertrophie (chirurg. Behandlung) 87. 88. 205. —, Sekret ders. 205.

Prostatektomie, nach *Wilms* 88. —, zweizeitige unter Lokalanästhesie 87.

Prostatitis, akute parenchymatöse b. Tripper 46.

Protagon, optische Aktivität 233.

Protamin, aus Lachssperma 232. —, aus d. Thymusdrüse 232.

Protargol, innere Anwendungsweise 22. —, Behandlung d. Angina mit 22. d. Augenblennorrhöe Neugeborener 22. d. Gonorrhöe 47. 48.

Protoolyse, Hemmung ders. durch antifermentative Wirkung 15. —, b. malignen Tumoren 15.

Proteosen, chemische Eigenschaften 232.

Protens vulgaris, Vergährung d. Aminosäuren durch dens. 16.

Protozoarium, als Erreger von Kala-azar, splenischer infantiler Anämie u. Orientbeule 173.

Protozoën, als Erreger d. Beri-Beri 157. —, Wirkung hämolytischer Substanzen auf dies. 154. 155.

Pruritus b. Tabes 123.

Pseudarthrosen nach Schussverletzungen, Behandlung 88.

Pseudobulbärparalyse, Symptome 26.

Pseudofrakturen d. Sesambeine d. ersten Metatarsophalangealgelenks 89.

Pseudohermaphroditismus, Casuistik 105. —, Wesen dess. 237. 238.

Pseudohernien, Aetiologie u. Behandlung 75.

Pseudoplakia fibrosa d. Augenlinse 92.

Psycho u. Leben (von *W. v. Bechterew*) 102.

Psychologie, Anstellung psycholog. Untersuchungen (Regeln) 150.

Psychosen, Cerebrospinalflüssigkeit b. solch. 126. 127. —, psychomotor. Bewegungsstörungen bei (Untersuchungen von *K. Kleist*) 262. —, pellagröse 27. —, polyneuritische 26. —, Selbstverletzung im katatonischen Raptus 28.

Pubotomie, Indikationen 191. —, Resultate an der Charité in Berlin 190.

Puerperalfieber, Behandlung mit Sauerstoffgas 194. —, Infektion 194. 254. —, Mahnwort an Aerzte 58. —, Ursache, Verhütung u. Behandlung 58.

Puerperium, Bakteriämie in (Behandlung) 58. —, überzählige Brustwarzen während dess. 58. —, Hyperinvolution d. Uterus nach 58. —, Mastitis in (Formen u. Behandlung) 204.

Pulsfrequenz b. Muskelarbeit 214.

Pupillenreaktion b. Tabes 123.

Purpura b. Kindern, Schmerzäusserung 197.

Pyelitis, Beziehungen zur Menstruation 50. —, gonorrhoische 45. 46.

Pyocyanase, Behandlung d. Diphtherie mit 21.

Pyrenol, chemische Constitution 168.

Quecksilber, zur Behandlung d. Tabes 128. —, Wirkung von atoxylsaurem b. Spirochaetenkrankheit 241.

Querlagen, verschleppte in d. Austreibungsperiode (von *W. Zangemeister*) 263.

Radialislähmung, elektr. Behandlung 228.

Radionktivität, Theorie von *Aug. Righi* 220.

Radiumbestrahlung deformirender Narben 40.

Radius, congenitale Missbildungen 207.

Rassenunterschiede zwischen d. gelben u. weissen Rasse 215.

Recurrenslähmung, klin. Symptome 178.

Redressement paralytischer Contrakturen, Fettembolie nach 88.

Reflexe, *Bechterew's* Beugereflex d. Zehen 168. —, paradoxer durch Streckung d. Zehen (Diagnose, Bedeutung) 244.

Reimplantution d. Ovarien b. Menschen 187.

Reis, Proteingehalt 213.

Resektion, d. Halsfascie b. branchiogenem Carcinom 73. —, d. Leber 82. 83. —, d. Oberkiefers (ein- u. doppelseitige) 71. —, d. Trigeminus (2. Ast) in d. Fossa pterygo-palatina 258. —, d. Unterkiefers (Methodik) 71. —, d. Uterus b. Myom zur Erhaltung d. Menstruation 52.

Resonator, *Oudin'scher* 226.

Respirationsorgane, Erkrankungen (von *H. Rieder*) 103. —, Flimmerepithel ders. (Physiologie u. Pathologie) 233.

Retina, lokale Unterschiede d. Verschmelzungsfrequenz 211.

Retroflexio uteri, Pessarbehandlung u. Dysmetropexie (von *Gust. Klein*) 109.

Rheumatismus nodosus (Casuistik) 173. —, visceralis im Kindesalter 65.

Rhinoplastik durch direkte Einpflanzung eines Haut-Periostknochenlappens aus d. Schlüsselbein-Schultergegend 70.

Rhodanausscheidung d. Organismus b. patholog. Zuständen 10.

Ricin, agglutinirende Wirkung 8.

Rippenbrüche, subcutane u. deren Complikationen 73.

Ritualmord aus d. Jahre 1763, gerichtsärztl. Beurtheilung 100.

Röntgenographie, d. Blase b. Blasensteinen 87. —, d. Hoden, anatom. Wirkung 160. —, d. diploëtischen Venenkanäle d. Schädels 170. —, d. Lungen b. Aspiration von Wismuthlösungen 101. —, d. Lungen u. Knochen Neugeborener (gerichtsärztl. Werth) 100.

Röntgentherapie, b. Banti'scher Krankheit d. Milz 83. —, b. Cancroiden u. Carcinomen 40. 247. —, Ent-

stehung maligner Geschwülste nach längerer 201. —, b. gynäkolog. Erkrankungen (von *H. Eltze*) 108. —, b. Knochengeschwülsten 68. 69. —, b. Seborrhoea oleosa 40.
Rückenmark, Blutung in's Halsmark durch Fall b. Tabes 123. —, u. Extremitätenentwickelung b. Nagern 139. —, Generationsprocess d. durchtrennten 12. —, sensible Leitung in dems. 245. —, Schussverletzungen (operative Behandlung) 74. —, Thierähnlichkeit des menschlichen 116. 122.
Rückenmarkstumoren, Diagnostik 170.
Ruptur, d. Gallenausführungsgänge durch stumpfe Gewalt 82. —, d. Harnblase, subcutane extraperitoneale 87. —, d. Leber 82. —, d. Milz 83. 84. —, d. Pankreas 77. 78.

Sabromin, Zusammensetzung u. Wirkung 164. 165.
Sacchnroso, Geschmacksempfindung durch 152.
Säuglinge, Dyspnöe ders. 59. —, Einfluss d. Fettgehaltes d. Muttermilch auf d. Gedeihen 59. —, Ernährung ders. 59. (Tropholyse u. tropholyt. Complemente d. Blutes) 60. 61. (mit Kuhmilch) 61. —, Fettresorption 63. —, Gesnndheitsschädigung durch d. Ernährung (gerichtsärztl. Beurtheilung) 100. —, Harn- u. Stuhlbeschaffenheit 64. —, Harnsäureausscheidung 63. —, Hantaffektionen 177. —, hereditär syphilitische (Grosshirnbefunde bei) 197. —, Krankheiten ders. (Lehrbuch von *H. Finkelstein*, II. Halfte, 1. Abth.) 110. —, Magnesiumumsatz ders. 62. —, Nieren ders. b. alimentärer Intoxikation 64. —, Selbststillen der Mutter 195. —, Stoff- u. Kraftwechsel 63. —, Verdauung u. Mageninhalt 62. —, Wasserstoff-Ionenconcentration im Säuglingsmagen 62.
Sajodin, Verhalten im Organismus 23.
Sakraltumor, congenitaler teratoider mit Metastasenbildung 201.
Salicylsänre, Wirkung auf d. Galle 165.
Salzstoffwechsel, Pathologie 177.
Sammlung, degenerationsmorphologische von *Möbius* (Leipzig) 216: graphische 218. osteologische 217. plastische 216.
Sanitätsstatistik d. Garnison in Stockholm 1878 bis 1902 (von *C. Flensburg*) 112.
Santyl *Knoll* als Antigonorrhoicum 49. 167.
Saponin, gastrische u. intestinale Wirkungen 165.
Sapotoxin aus Agrostemma Githago, Wirkung auf Blut u. thierische Gewebe 243.
Sarkoid d. Haut, multiples benignes (*Boeck*) 181.
Sarkom d. Uterus 161.
Scalpirnng, totale, Behandlung 70.
Schädel, Beziehnngen d. Aussenfläche zur Gehirnoberfläche b. Menschen 137. 138. —, Charakteristica d. Australierschädels 138. —, Lokalisation d. musikalischen Talents an dems. 139. —, Schallleitung b. Herdkrankheiten d. Gehirns 169. —, Trepanation (palliative b. Stauungspapille) 169. —, Tumor d. Schädelbasis von d. Hypophyse ausgehend 245. —, Venenkanäle d. Diploë (Röntgendarstellung) 170.
Schädellagen, fötale, Einfluss d. Schwerkraft 188.
Schädelverletznngen, Beurtheilung d. Hiebwunden vom gerichtsärztl. Standpunkte 100. —, Frakturen (Lumbalpunktion bei) 258. —, Impressionen b. Neugeborenen (chirurg. Behandlung) 256. —, hyperalgetische Zonen bei 258.
Scharlach, Empyem d. Siebbein- u. Stirnhöhlen bei 172. 246. —, *Wassermann*'sche Reaktion bei 246. —, Wurmfortsatzentzündung bei 172.
Schenkelbruch (Hernia cruralis), Leistenmethode b. d. Operation 76.
Schenkelhalsfraktur, echte im Kindesalter 207.
Schiefnase, Correktur 70.
Schielen, Einfluss d. Atropinisation d. führenden Auges 94. —, Wesen u. Behandlung 94.
Schilddrüse, Beziehnngen zur Adrenalinwirkung 144. —, blutdruckerniedrigende Wirkung 141. —, Einfluss auf d. zeitlichen Ablauf d. Zersetznngen 144. —, Folgen d. Exstirpation 202. —, Transplantationsversuche mit 202.
Schimmelpilze, fettspaltende Fermente 16. —, Schicksal inhalirter Sporen 19.
Schlaf, elektrischer durch Anwendung von *Leduc*'schem Gleichstrom 226.
Schlafkrankheit, Schutzmaassregeln nach einer französischen Expedition vom Senegal 173.
Schlaflosigkeit, Mittel gegen 24. 228. 229.
Schleimhäute, angeborene Efflorescenzen u. Blutungen aus 40.
Schmerzen, lancinirende im Bereiche d. Kopfnerven b. Tabes 123. 125.
Schrumpfniere, Beziehungen zur Herzhypertrophie 162.
Schultergelenk, Luxationen 208.
Sehnssverletzungen durch Flobertgewehre 100. —, d. Halswirbel (Behandlung) 259. —, d. Lunge (primäre Naht) 73. —, d. Milz 85. —, d. Orbita (Behandlung) 90. —, Pseudarthrosen-Behandlung nach solch. 88. —, d. Rückenmarks (Indikationen f. operat. Eingriffe) 74. —, h. Wasserschuss 100.
Schutzimpfung, h. Pocken, „vaccinale Allergie" 5. 6 —, Berichte n. Organisation im deutschen Reich 3. in d. Schweiz 3. in Frankreich 4. in d. deutschen Colonien 4. in d. französ. Colonien 4. in Niederländisch-Indien 4. —, Beziehungen zum Keuchhusten 4. 5. —, Fieber nach 4. —, Frühreaktion auf 5. 6. —, Instrumentarium für 5. —, Lympho für 7. —, Reaktion auf 5. 6. —, unter Rothlicht 5. —, Schutzvermögen subcutaner Injektion 5. 6. —, Technik b. 5. —, Uebertragung d. Vaccine auf d. Augen 4. 5. auf Ekzemstellen 5. auf d. Lippen 4. 5. auf d. Mutter d. Impflings 4. 5. —, b. Wuth 156. 157. 173. —, akute Paraplegien nach 170. — S. a. Pocken; Vaccine.
Schwachsinn, Zeugniss vor Gericht b. 99.
Schwangerschaft, Conceptionstermin, Menstruation u. Berechnung ders. 188. —, Consultations sur la grossesse, l'accouchement etc. (Observations personelles par *H. Stapfer*) 263. —, Einfluss d. Tabaks auf 213. —, Eklampsie in 254. 255. —, Erbrechen in 54. —, extrauterine (Formen) 55. —, extra- u. intrauterine 56. —, Herzaffektionen während 191. (Herzfehler) 192. —, Nierenstörungen b. (Behandlung) 251. —, transmat. Ruptur d. Uterus während ders. mit Austritt d. Eies in d. Bauchhöhle 252. —, Sehstörungen während ders. 260. —, Spontanruptur d. Uterus während ders. 189. —, Symphyseotomie in 252. —, b. Tabes 123. 126. —, Tetanie in 192. —, Unterbrechung wegen Lungentuberkulose 53.
Schwangerschaftsniere, Beziehnngen d. Eklampsie zu 254. 255.
Schwefelausscheidung, durch d. Harn 9. —, durch d. Organismus u. ihr Verhältniss zur Rhodanausscheidung 10.
Schwefelkohlenstoffvergiftung, nervöse Symptome 27.
Schwefelpräparate Mochalles, Anwendung u. Wirkung 23.
Schwefelsänrevergiftung, Harn b. 244.
Schweisssekretion, halbseitige bei Deviation des Nasenseptum 178.
Scopolamin, Anwendung b. gynäkol. Operationen (von *Gust. Klein*) 109.
Sehorrhöe, Behandlung 40. —, Knötchenbildung der Haare b. 182.
Sectio alta, Modifikationen 87.
Seeigelei, Einfluss d. Temperatur 137. —, entwickelungserregende Kraft d. Blutserums 137.
Sehakt, Funktion d. Netzhaut b. 149. —, Sehen von Bewegungen 149. —, zeitliche Unterschiedsempfindlichkeit b. 149.
Sehnenüberpflanznng, Dauerresultate 88.
Sehnenverletzungen, Heilung 21.

Sehnervenatrophie, b. Tabes (Verhalten d. Neuroglia) 114. 115. (Casuistik) 123. —, Topographie d. Sehnervenaustritts b. 93.
Sehstörungen, nach Atoxylgebrauch 164. —, Blendungserythropsie (Entstehung) 93. —, Einfluss d. Nahrarbeit 211. —, Gelbsehen b. Ikterus 92. —, durch grelles Licht (Schutz durch Schwerflint) 92. —, Schwangerer 260. —, b. Tabes 123.
Seifenhämolyse, Beziehungen zwischen d. Seifen u. d. complexen hämolysinen 133. —, Mechanismus 9.
Sekretine, Cholingehalt 144.
Sekretion, innere s. Innere Sekretion.
Selbstmord aus krankhaften Motiven 99.
Selbstwahrnehmung, Methode d. Prüfung 150.
Sensibilisatoren, photobiologische 130.
Sensibilität, Rückenmarksleitung 245.
Sensibilitätsstörungen, metamere b. Gehirnleiden 25. —, b. Tabes 123.
Sepsin, Entstehung durch Bact. sepsinogenes 238.
Septische Erkrankungen durch Bac. pyocyaneus im Kindesalter 64. —, Behandlung mit Collargolklysmen 22. —, vom Ohre aus 256.
Sera, Antikörper u. deren Wirkung 15. —, antipneumonisches 19. —, antirabisches 156. 157. —, hämolytische, Mechanismus ihrer Wirkung 8. Wirkung von Säuren u. Alkalien auf diese 8. s. a. Hämolyse. —, Inaktiviren ders. durch Aenderung der Hydroxyl-Ionenconcentration 8. —, präcipitirende 15. — S. a. Präcipitine.
Serodiagnostik, in d. Psychiatrie u. Neurologie 116. 118. —, d. Syphilis u. postsyphilitischen Erkrankungen 116—120.
Serumbehandlung mit *Deutschmann's* Serum 22. —, b. Epistaxis 40. —, b. Lyssa humana 156. 157. —, d. chron. Nephritis 177. —, b. Pneumonie 28. 35. 36.
Siebbeinzellen, Empyem u. dessen Entfernung f72. 247.
Silbersalze, Werth in d. Gonorrhöebehandlung 167.
Simulation eines Verblödungszustandes 171. 172.
Simultankontrast auf verschied. Sinnesgebieten 150.
Sinnesorgane, Krebsmetastasen 250.
Sklerose, multiple, sacrale Form 26. —, Kehlkopfsymptome 178.
Skopzen (Castraten), anatom. Bau 140. 141.
Skotome, centrale b. Tabes 123.
Sophol, Anwendung b. Blennorrhöe Neugeborener 22.
Speichel, Einfluss elektr. Reizung 10.
Sphincter vesicae, Insufficienz durch Uterusverlagerung (Beseitigung) 251.
Spinalanästhesie, anatom. Beiträge 200. —, Neben- u. Nachwirkungen 199. —, mit Scopolamin b. gynäkolog. Operationen (von *Gust. Klein*) 109. —, Indikation zu f99.
Spinalerkrankungen, anämische (Prognose) 26.
Spirochaeten, als Vaccineerreger 7. —, Wirkung atoxylsauren Quecksilbers auf dies. 241. hämolytischer Substanzen 156.
Splenektomie b. Milzrupturen 83. 84. (Fieber nach solch.) 85. (Magen- u. Darmblutungen) 85.
Sprachstörungen u. Sprachheilkunde (von *H. Gutzmann*) 111.
Staphylokokken, Wirkung auf d. Gallenwege 239. —, Züchtung mundscheinpathogener u. saprophytischer (diagnost. Werth) 159.
Status hemiepilepticus. Unterscheidung von echter Jackson'scher Epilepsie 26.
Stauungshyperämie, experimentelle Ergebnisse mit 66. 200. —, therapeut. Wirkung b. Artbritis gonorrh. 66. b. akuter u. subakuter Eiterung 66. b. akuter Entzündung 66.
Stauungspapille, Palliativtrepanation b. 169.
Sterilisation d. Conservenbüchsen 212.
Stickstoffausscheidung b. subcutanen Caseininjektionen 141.
Stimmbandlähmung nach Kropfoperationen 202.
Stimme u. Sprache ohne Kehlkopf 179.
Stirnhöhlenempyem, Behandlung 178.
Stoffwechsel, Einfluss der Aussentemperatur auf die Kohlensäureausscheidung 143. —, parenteraler Eiweissstoffwechsel 141. —, Pathologie d. Wasser- u. Salzstoffwechsel 177. —, Sauerstoffwechsel fetter Menschen 143. —, Untersuchungen b. Säugling 62. 63. —, Vorgang b. fehlendem Blutsauerstoff 142. 143. —, Wirkung künstlich erzeugter physikalischer (osmotischer) Vorgänge 143.
Stokes-Adams'sches Syndrom, Pathogenese 176.
Stomoxys, neue Arten aus d. Kongo 17.
Stovainnnästhesie, Wirkung auf d. Nerven 24. 166.
Strabismus concomitans divergens b. Hypermetropie 94.
Strahlentherapie, Arbeiten über d. Grundlagen u. d. prakt. Ausübung (von Ingenieur *Friedr. Dessauer*) f05. —, b. Hautkrankheiten 179. —, Krebsbehandlung mit Strahlen (von *de Keating-Hart*, übersetzt von *E. Schümann*) 105.
Streptokokken, Bedeutung d. hämolytischen für die puerperale Infektion 194. —, als Erreger lobarer Pneumonie 28. 31. —, Unterscheidung ders. durch Blutnährboden 193. —, Wirkung auf d. Gallenwege 239.
Stridor laryngis Neugeborener 59.
Strychnin, Entgiftungsvermögen einzelner Gehirnabschnitte gegen 241. —, Wirkung 242. auf d. Muskel 165.
Submaxillardrüse, Centrum 10.
Symphyseotomie in d. Schwangerschaft 252. —, Indikationsbegrenzung 253.
Syphilis, Beziehungen zur Lymphocytose d. Cerebrospinalflüssigkeit u. d. meningitischen Reizung 114. —, Causalverhältniss zwischen Syphilis u. progressivem Nervenschwund 116. 120. —, d. Centralnervensystem 116. 118. —, congenitale u. progressive Paralyse 17f. —, experimentelle (Wirkung d. atoxylsauren Quecksilbers) 211. —, diagnostische Gewebe- u. Blutuntersuchungen bei 116. 119. —, hereditäre, Complementbindung b. 246. —, nach Malaria 174. 175. —, serodiagnostische Reaktion bei f16—120. (specifische Niederschläge b.) 116. 119. (Wassermann'sche Reaktion) 116—f20. 246.
Syringoeystome, Wesen 42.
Syringomyelie, Symptomatologie 26.

Tabak, Bezug zu Fehlgeburten b. Tabakarbeiterinnen 213. —, Einfluss d. Tabakrauchs auf Thiere 213.
Tabes dorsalis, Arbeiten, neuere über (von *P. Moritz*) 113—129. —, Arthropathien bei 113. —, Ataxie bei 113. —, beginnende 116. —, mit Bronzefärbung 123. —, cerebrale mit bulbärparalytischen Erscheinungen 123. —, chirurg. Eingriffe bei 122. —, congngale u. familiäre 116. —, Diagnostisches über 126—128. (cytolog. u. chemische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei) 126. 127. Differentialdiagnose von Taboparalyse u. Myelitis 114. Frühdiagnose 126. 127. serodiagnostischer Nachweis 116—120. (Complementbindungsreaktion) 116. 117. (specifische Niederschläge bei) 116. 119. —, Einfluss d. Trauma bei 116. 117. 121. —, mit Erkrankung d. Cirkulationsorgane 116. 121. (des Herzens) 121. —, experimentelle 116. 121. —, Extravasate von Lymphocyten u. Plasmazellen auf Rückenmarksquerschnitten 114. —, Fehlen ders. b. farbigen Rassen 117. 122. —, mit Fieber 124. —, u. Gravidität 123. 126. —, incomplete Formen 123. —, infantile 123. 124. —, Knochenbrüche bei 206. —, b. einer Negerin 116. —, Paget's Krankheit entsprechende Knochen- u. Gelenkveränderungen bei 122. —, u. Paralyse 113. 116. f20. —, Pathogenese ders. 113—122. 171. (erregende Einflüsse auf d. Nervensystem) 116. f20. 122. (erblich-degenerative Disposition) 116. 122. —, Prognose 123. 124. —, pseudocombinirte Strangsklerose bei 114. —, Rückenmarksblutung, traumatische bei 123. —, Seitenstrangerkrankung bei 114. —, Spinalflüssigkeit bei f14. —, Symptomatologie 122—f26. (Krisen) 122. f23. 125. 126. 127. (*Romberg's* Versuch) 122. f26. (Kehlkopf-

symptome) 123. 126. (typische Gebstörung) 123. 126. (Sehstörungen) 123. (lanzinirende Schmerzen) 123. 125. (Paresen im Anfang) 123. 125. (Pupillensymptome) 123. (Kniewinkelphanomen) 123. 124. (Argyll's Symptom) 124. 126. 128. —, tabesähnl. Erkrankung beim Affen 114. 115. —, Therapie 128. 129. (Uebungstherapie) 128. 129. —, Verlaufsformen 122. 124. atypische 123. 125. —, Vorlesungen über Anatomie, Aetiologie u. Pathogenese (von *Dac. Ferrier*) 113. —, Wesen u. Pathologie 113. —, Zusammenhang zwischen Tabes, Meningitis u. Lymphocytose d. Spinalflussigkeit 115.

Taboparalyse 123.

Tasehenhuch d. Physiologie (von *H. Boruttau*) 102.

Tastempfindung h. bewegter Tastfläche 151.

Teleangiektasien d. Schleimhaute mit Blutungen 40.

Temperatur, äussere, Einfluss auf die Kohlensaureabgabe d. Menschen 143. auf das Leitungsvermogen d. Nerven 146. —, Wirkung hoher Warmegrade auf den Organismus (Versuche in Salzbergwerken) 98.

Temperaturempfindung, Reaktionszeit u. Reizschwelle 151.

Tetanie nach Parathyreoidektomie 12. —, in der Schwangerschaft 192.

Tetanusbaeillen, Lateuz d. Sporen im thierischen Organismus 238. 239.

Totanusgift, Bindung im Gehirn 134. 238. durch Verdauungssafte 238.

Tibia, vordere Epiphyse u. unterer Tuberositaskern 135.

Therupie, geburtshülfliche incl. Operationen (von *Const. J. Bucura*) 106. —, physikalische (in Einzeldarstellungen, herausgeg. von *J. Mareuse* u. *A. Strasser*) 103. b. Tabes 128. 129.

Thorax, starre Dilatation (Behandl.) 204.

Thränendruse, Sekretionsmechanismus 209.

Thrombose, puerperale, Prophylaxe 251. —, prämonitorische Symptome 195.

Thymusdrüse, Hyperplasie b. Morb. Addisonii 39. —, Ptomaine aus ders. (Thymamin) 232.

Thyreoidektomie, Folgeerscheinungen 262.

Thyreoiditis, akute nicht eitrige 175.

Tod durch Elektricität: im Bad 100. Mechanismus 226. patholog. Erscheinungen 227. —, habitueller d. Frucht b. Schwangeren 252. —, natürlicher u. dessen Ursache 137. —, Neugeborener: Lungenschwimm- u. Fäulnissprobe 100. —, im Tunnelbau u. im Bergwerk vom gerichtsärztl. Standpunkt 100.

Tonperception lauter u. leiser Töne 152.

Tonus der Skelettmuskulatur 14.

Totenmaskensammlung von Mobius (Leipzig) 216 bis 219.

Toxine u. Antitoxine d. Cobragifts, Relation 129. —, d. Choleravibrionen 156. —, Cytotoxine u. deren Entstehung 238. —, diphtherische 238. —, d. Dysenteribacillen 156. —, im Harn u. Stuhl von Säuglingen 64. —, aus Kornrade, Wirkung auf Blut u. thierisches Gewebe 243. —, Neutralisirung ders. 238. —, durch Trypanosomeninfektion 238. —, Wirkung auf die thierische Conjunktiva 90. —, Wirkung fluorescirender Substanzen auf solche 130.

Trachea, Bindegewebe im Epithel d. Trachea b. Meerschweinchen 233.

Transplantation von Knochen u. Gelenkabschnitten 70. —, von Muskeln u. Sehnen 88. —, von Periost 207. —, von Schilddrüsengewebe 202.

Trichinose, Augensymptome 210.

Trichocephalus dispar im kindl. Darm 64.

Trichonodosis, Pathologie 182.

Trigeminusneuralgie, galvanische Behandl. 228.

Trigeminusresektion in der Fossa ptorygo-palatina 258.

Trinkwasser, Desinfektion mittels Ozonapparats 97. mit Wasserstoffsuperoxyd 97.

Trependienst, Tauglichkeit für 99.

Tropenfieber, Blutbefund b. schwerem comatösem 158. — S. a. Malaria.

Tropfendosirung, physikalische Grundlagen 167.

Trophische Störungen bei Tabes, Entstehung 113.

Trypanosomenkrankheit, Behandlung 164. mit Arsenpraparaten 163. —, Bildung von Toxinen b. 238. —, b. Hunden, tabesartige Erscheinungen 116. 121. —, am Senegal 173.

Tsetsekrankheit, Heilung d. experimontellen 21.

Tubarschwangerschaft, Behandlung 56.

Tubenschleimhaut, Sekretionsvorgang 236. —, zur Zeit d. Menstruation u. Brunst 136.

Tuberkelbacillen, entzündl. Neubildungen nach Einfuhrung in d. Körper 240.

Tuberkulide d. Haut, Zugehörigkeit ders. 180.

Tuberkulose d. Knochengelenkapparats nach Trauma, Beurtheilung 206.

Tumoren, Behandl. mit lymphatischer Stase 68. —, congenitale maligne 68. 69. —, Fulguration d. malignen 256. —, d. Gehirns 169. 170. —, d. Haut 181. —, der Hypophyse (Operation) 73. 169. —, maligne der Mandeln 72. —, nach Rontgenbestrahlungen 201. —, des Ruckenmarks 170. —, Transplantation b. Thieren 161. —, d. Uterus (Behandlung) 52. 53. —, Vorkommen bei d. Bevolkerung Grönlands 98. —, proteolytische Zellthatigkeit malignor 15.

Tunica durtos, physiologische Eigenschaften 234.

Typhusbacillen, Bakteriolie der Leukocytenextrakte auf 154. —, Lebensdauer in Spülgruben von Wasserklosetts 97.

Tyrosinasen, Vorkommen b. Bakterien u. höheren Pflanzen 9.

Ueberhernien. Radikaloperation mit Hülfe der Dehnung d. Bauchdecken 75.

Ulcerationen, phagedänische u. serpiginöse eines infektiosen Granuloms 43.

Ulnaris, Analgesie b. Tabes 126. 127.

Unfälle durch Elektricität 227.

Unterernährung b. Compensationsstörungen 39.

Unterkieferresektion, Methode 71.

Unzucht mit Thieren, statist. Angaben 100.

Ureter-Blasenanastomose, funktionelles Resultat 186.

Urethritis chronica, Behandlung 44. 45. 47. 48.

Urethroskopie u. Cystoskopie b. Weibe (von *Rich. Knorr*) 106.

Urethrotomie, äussere bei angeborener Striktur 88.

Urobilinurie, diagnost. Bedeutung 174.

Urogenitalapparat, Erkrankungen (Jahresbericht über Leistungen u. Fortschritte von *A. Kollmann* u. *S. Jacoby*) 223.

Uterovaginaltamponade nach *Dührssen* 57.

Uterus. Adenomyom 250. —, Altersveränderungen 237. —, ausgeschalteter: Vorgang von Zeugung, Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett an 12. —, Bindegewebe d. Schleimhaut 236. 237. —, Discision, hintere sagittale d. Cervix 183. —, Hyperinvolution 58. —, Hysterektomie wegen Fibromen 52. 53. —, Injektionen (Nutzen u. Gefahren 249. —, Inversion, puerperale inveterirte 57. —, Lageanomalien (Veranlassung zu Blasenninsuffiecnz) 251. —, Ligamentverkürzung 251. —, Myom dess. (Zerrung u. spontane Trennung) 51. (Resektion d. Uterus zur Erhaltung d. Menstruation) 52. —, atonische Nachblutung (Behandlung) 57. 190. —, instrumentelle Perforation 53. (mit Darmverletzung) 250. —, Prolaps (Pessarbehandlung) 251. —, Prolapsoperationen u. ihre Dauererfolge (von *Th. Petri*) 109. inguinale 251. —, pseudodidelphis rudimentarius gravidus 183. —, Retroflexion: Pessarbehandlung u. Dysmetropexie (von *Gust. Klein*) 109. —, Ruptur 56. (Aetiologie u. Therapie) 190. (spontane während der Graviditat) 189. (traumatische d. hochgraviden) 252. —, Sarkom 161. —, Sekretionsverhältnisse 237. —, Stenose d. Cervix 250. —, überlebender als Tastobjekt

für d. Worthigkeit d. Mutterkornpräparate 22. —, Volumenänderung des nicht schwangeren auf indirekte Reize 251.
Uteruscarcinom, Metastasen im Centralnervensystem u. d. Sinnesorganen 250. —, einer 23jähr. Nullipara 250. —, Operation (Bedeutung d. Cystoskopie) 185. (Verhalten d. Ureteren nach ders.) 185.

Vaccina generalisata, Epidemie 173.
Vaccination s. Schutzimpfung.
Vaccine, Erreger ders. 7. —, Filtration u. Reinigung 7. —, Gewinnung in d. Tropen 7.
Vagina, cirkulärer Abriss b. d. Geburt 189. —, Bindegewebefasern in d. Schleimhaut 236. 237.
Vaginalexstirpation d. graviden Tube 56.
Vagus, Kern- u. Stammlähmung 178. —, otogenetische Entwickelung d. chronotropen Wirkung 235.
Vaporisation, Leistungsfähigkeit in d. Gynäkologie 184.
Varicellen, accidentelle Ausschläge (*Rolleston*) 2. 3. —, Confluiren u. Hämorrhagischwerden 2. 3. —, Diagnose 2. —, pockenverdächtige Formen 2. —, histolog. Veränderungen bei 2. 3.
Variolois, Diagnose 1. 2. —, Infektion mit 4. 5.
Vas deferens, antiperistaltische Bewegungen b. d. Tripperbehandlung 47. 48.
Vena praevia, Durchreissung u. Blutstillung bei 189.
Vasomotorische Störungen im Gesicht 177.
Venen, Blutströmung in d. V. cava 235. 236. —, d. Diploë d. Schädels, Röntgenographie 170.
Verbrennung, durch atmosphärische u. technische Elektricität 227. —, Epitheleracheinungen nach 160. —, Hand- u. Fingercontrakturen nach solch. (plastische Operation) 68.
Verdauung, eines neugeborenen Kalbes b. artgleicher Ernährung 62. —, d. Säuglingsmagens 62. 63. —, Verdauungsarbeit nach *Zuntz-Mehring* 145.
Vererbung, geistiger Eigenschaften 140. —, Vererbungssubstanz 140.
Vergiftung, Angriffspunkt d. Giftes 145. —, durch Säuren u. Metalle (Behandlung) 99. —, durch Schwefelkohlenstoff 27. —, mit Schwefelsäure 244.
Verletzungen durch Blitz u. elektr. Hochspannung 227.
Veronalnatrium, Anwendungsweise u. Wirkung 24.
Vibrationsmassage b. chron. Unterleibsleiden 51.
Vibrionen, denitrificirende 156. —, Wirkung hämolytischer Substanzen auf diese 154. 155.
Vierhügel des Gehirns, Herderkrankungen 245.
Vierzellenbad, elektrisches, therapeut. Erfolge 231.
Voltregulatoren, Bedeutung in d. Elektrodiagnostik 226.
Vulva, bösartige pigmentirte Geschwülste 51.

Waronhausdiebstähle, Disposition 99.
Wachsthumshemmung nach Parathyreoidektomie 12. —, d. Tuberositas tibiae, Unterscheidung von Abrissfraktur 209.
Wärmeabgabe der Frösche in Luft u. in sauerstofffreien Medien 143.
Wärmeempfindung, Untersuchungen 151.
Wahnbildung u. Paranoia 171.
Wangenfett d. Säugethiere, physiolog. Bedeutung 136.
Wasser, Hygiene 95. (Prüfung auf d. Keimgehalt) 95. 96. (Verhalten d. Bakterien an d. Oberfläche fliessenden Wassers) 96. (Filtration, natürliche im Boden, mit Sand- bez. Schnellfiltern 96.
Wasserstoffwechsel im Fibrin u. Muskel 234. —, Pathologie 177.
Wechselstrombäder, sinusoidale b. Herzfehler u. Raynaud'scher Krankheit 231.
Willkürbewegung, Strychninwirkung auf 14.
Wirbelsäule, Schussverletzungen (Behandlung) 259. —, Verkrümmung b. Struma 259.
Wochenbett, Aufstehen d. Wöchnerinnen 193. —, Embolie u. Thrombose in dems. (prämonitorische Symptome) 195.
Wolle, Schweissaufnahme 214.
Worthlindheit, congenitale 25.
Wundinfektion, puerperale (Aetiologie) 254.
Wuthkrankheit, Behandl. mit antirabischem Serum 156. 157. 173. —, akute Paraplegien nach d. *Pasteur*'schen Schutzimpfung 170. —, Submaxillardrüsen wuthkranker Hunde 157.

Yoghurtmilch zur Säuglingsernährung 61.

Zahnpulpa, Sterilisirung b. Gangrän 71.
Zangengeburt, Indikation 107.
Zehenreflex, *Bechterew*'scher 168.
Zellgewebsentzündung d. Cavum Retzii (Formen u. Diagnose) 85. (Behandlung) 86.
Zeugung u. Schwangerschaft (eine spanische Abhandlung aus 1495 von *A. Stoecker* u. *Gust. Klein*) 107.
Zunge, angewachsene Neugeborener 59.
Zungenabscess, Operation b. tiefliegendem 71.
Zwergbecken, chondrodystrophisches (Pathologie u. Therapie) 188.
Zwerchwuchs in Folge prämaturer Synostose 88.
Zwischenniere, Anlage b. d. Urodelen 153.

Namen-Register.

Abadie 124.
Abe, N., 156.
v. Aberle 88.
Aht, G., 129.
Adler 136.
Adler, L., 192. 193.
Adler, Max, 159.
Ahlfeld 58. 74. 183. 195. 215.
Albeck, Victor, 55.
Albertoni, Pietro, 213.
Albrand, Max, 153.
Albrecht, Hans, 186. 187.

Aldorshoff, H., 19.
Alefeld 149.
Alexander, L., 4. 5.
Algyogyi 229.
Allard, Eduard, 240.
Allaria, G. B., 62. 196.
Alquier, L., 26.
Alrutz, Sydney, 151.
v. Alvensleben 193.
Alzheimer 115.
Amat, Ch., 4. 5.
Annand, W. Fr., 28. 34.
Anschütz, W., 82.
Anthony, Henry G., 42.
Antonescu 179.

Antoniu, J., 38.
Apathy 136.
Apelt, F., 126. 127.
d'Argyll 124.
Arndt, G., 19.
Arnheim, G., 19.
Arnsperger, L., 78.
d'Arsonval 229.
Aschaffenburg, G., 172.
Aschoff 237.
Asher, L., 11.
Auer, P., 97.
Auerbach, Siegmund, 139.
Aulhorn, Erich, 108.
Aulo, T. A., 214.

* bedeutet Bücheranzeige.

Axenfeld 28. 209.
Azéma 28. 30.

Bab, Hans, 188.
Babák, Edward, 235.
Babesch, V., 162.
Babinski 168. 244.
Baedeker 229.
Bärwald, Rich., 150.
Bätzner, W., 66.
Baeyer, H. v., 160.
Baglioni 14. 101*.
Bahrdt, H., 62.
Basch, K., 58. 188. 189. 252.
Baldenweck 260.
Ballin 19.
Ballner 71.
Balthazard 162.
Bamberg 235.
Bang 132.
Baraçz, R. v., 75.
Baranyi 244.
Barbier, H., 62.
Barbonneix, L., 199.
Bardenheuer 201. 204.
Bardescu, N., 76.
Barr, Stoddard, 260.
Barth, A., 70.
Basch, G., 23.
Basler, A., 14. 149.
Basset 18.
Bassewitz 181.
Batelli 226. 227.
Baudet 227.
Bauer, Koloman, 133.
Baum, E. W., 206.
Baumm, Paul, 222*.
Bayer 89.
Bayer, Heinrich, 237. 262*.
Bayliss 11. 144. 145.
Bazin 180.
Béal, Raymond, 95.
Bechhold, H., 154.
Bechterew, W. v., 102*. 168. 171.
Beck 226.
Beck, A., 146.
Becker, A., 98.
Bedart 230.
Behler, Rob., 220.
Beintker 215.
Beitzke, H., 162.
Belfield 47. 49.
Bellarminoff 211.
Beltrani, Martin, 14.
Benassi, Pietro, 164.
Bence, J., 175.
Benda 252.
Benecke, Ad., 22.
Benedikt, H., 25. 113.
Benndorf, Reinh., 108.
Bennecke 181.
Benz, Charl. A., 43.
Berestnew, N., 17.
Berg 86.
Berg, J., 87.
Bergel 211.
Bergell, Peter, 236.
v. Berger 84.
Berger, H., 158.
v. Bergmann 66. 89. 235. 262.
Berliner, L., 22.
Bernatovitsch 97.
Bernhardt, M., 26. 226. 227. 228.
Bertarelli, E., 17. 159.
Bertoni 226. 227.
Bertram 260.
Bethe, Albrecht, 146. 243.
Beumer 100.
Beuthner, Oscar, 251. 252.
Biach, Paul, 116. 122.
Biehat 258.
Bieberfeld, Joh., 154.
Bielschowsky 237.
Bielschowsky, A., 94.
Bienstock 154.
Bier, A., 65. 66. 75. 200. 204. 262.
Bircher, E., 84.
Birch-Hirschfeld 188.
Birk, Walter, 62.
Birnbacher 211.
Bitter, H., 96.
Bittorf, A., 177. 240.
Blaschko 44. 45.
Blecher 66.
Bloch 45. 47.
Bluml, M., 239.
Blum, A., 64.
Blum, L., 232.
Blumenthal, Ferdinand, 164.
Boas 233.
Bock 210.
Bodenstein 24.
Boeck 181.
Böhme (Leipzig) 43.
Boije, O. A., 57.
Bois 226.
Bókay, J. v., 110*.
Boldt 44. 45.
Bonhoeffer 26.
Bonhoff 7.
Bonvincini, Giulio, 261*.
Borchard 68.
Bordet 19. 157.
Bordier 226. 227. 229.
Borelius 86.
Borszéky, K., 199.
Boruttau 225.
Boruttau, H., 102*.
Borzęcki 47. 48.
Bosc, E., 28. 32.
Bosc, F. J., 7.
Bosellini 49.
Boss 49.
Bossi 55.
Bouček, B., 235.
Boveri 23.
Bowen, W., 28. 31.
Bowers, Walker G., 116.
Bradford 88.
v. Bramann 80.
Brandl, J., 243.
Braun 264.
v. Braun 249.
Braun, H., 117. 118.
Braun, W., 74.
Brauns 42.
Braunstein 211.
Breakey, Will. T., 43.
Brechet 170.
Breger 1. 3.
Brehmer 45. 47.
Breitung 230.
Brenner, A., 75.
Brentano 224*.
Breton, M., 126.
Brewer, J. W., 28. 32.
Brewitt, F., 77.
Brieger, L., 39. 161.
Brinton, A. G., 4. 5.
Brodski, J., 126.
Broers, C. M., 19.
Brown, J., 28. 34. 131.
Bruck, C., 116. 117. 119.
Brücke, E. Th. v., 14.
Brückler, Otto, 61.
Bruckner 110.
Brüning 61.
Bruhns, K., 221*.
Brunk, A., 71.
Brunn, M. v., 208.
Brunner 84.
Bruns, Hugo, 98.
Brunton, L., 28. 37.
Buchanan, F., 147.
Bucura, Const. J., 106*.
Bukovský 167.
Bum, A., 221*.
Bumm 43. 51. 107. 190. 191. 254.
Bumm, Ernst, 222*.
Bunge 76. 77.
Büraczinski 47. 48.
Burckhard, G., 57.
Burnaud, R., 126.
Burton-Opitz, R., 235.

Cabot 45. 46.
Callewaert, M., 122.
Calmette, A., 129.
Cameron 183.
Camis, M., 143.
Camus 19.
Canfora, M., 238.
Cannata, Sebastiano, 135.
Cantacuzène, J., 15.
Cardamatis 158.
Carini, A., 7.
Carli, G., 58.
Cartaz, A., 177.
Casper, L., 177.
Castoro, N., 130.
Cathelin, F., 205.
Cavalleri 49.
Cazeneuve 98.
Ceapáru, Victoria D., 155.
Čech, G., 175.
Celebrini, E. v., 1. 2.
Celli 90.
Chamberlen 108.
Championnière 75.
Chanoz 228.
Chartier, M., 122.
Chauffard 247.
Chaufford, M. A., 174.
Cheyne-Stokes 176.
Chiarolanza, Raffaele, 15.
Choukévitch, J., 156.
Chouroupoff, J. Z., 17.
Chrobak, R., 106*. 107. 191.
Cigmozzi, Oreste, 58.
Cimbal 99.
Citelli, S., 178.
Citron, Julius, 116. 117. 120.
Ciulla 58.
Clairmont, Paul, 258.
v. Claude 182.
Cloetta, M., 243.
Cluzet 226.
Coats 211.
Cosa 155.
Coe 44. 45.
Cöster 4. 5.
Cohn 43. 44. 230.
Cohn, Franz, 186. 251.
Cohn, Georg, 247.
Cohn, R., 102.

Cohn, T., 225.
Cohnheim 61.
Coletti, Nicolo, 83.
Collins, Treacher, 211.
Colmers 224*.
Conor 28. 38.
Coppez, H., 148.
Corlett, William Thomas 42.
Coste 3. 4.
Courgey 5.
Courtadon 226.
Cramer 214.
Credé 255.
Creite, O., 68.
Crippa 44. 45.
Cristina, G. Di, 145.
Croftan 47. 48.
Cruet 62.
Curschmann, Hans, 28.
Curtis, Lenox, 28. 35.
Cyzewicz jun., Adam, 54. 191.
Cyon 11.
Cyon, E. v., 102*. 103.
Czermak 90. 92.
Czerny 80.

Daels, Franz, 252.
Dale 22.
Danziger, F., 173.
Darier 42. 248.
David 49.
David, Ch., 183.
Davis, Edw., 212.
Davidsohn, Heinrich, 238.
Davidson, A., 72.
Debove 122.
Decherf, Elie, 61.
Deckenbach, C. v., 157.
Deetjen 235.
Deganello, Umberto, 142.
Degrais 40.
Delachanal 123.
Delage, Jacques, 53.
Delagrange 97.
Delbet 83. 223.
Del Conte, G., 160.
Deleano, N., 16.
Delherm 229.
Denks, H., 257.
Denman 264.
Denslow, L. N., 116. 122.
Dent, Ernest A., 126.
Deruginsky, S., 224*.
Descomps, Paul, 122.
Dessauer, Friedr. 105*.
Dessauer, P., 21.
Desvaulx, G., 126. 128.
Deuber 247.
Deutsch 49.
Deutschmann 256.
Diem, Martha, 176.
Dienst 254.
Diesing 7.
Dignat 227. 228.
Dimmer 209.
Doberauer 90.
Doderlein 58. 190. 191. 222*. 253.
Doloris 194.
Donath 228.
Dontas, S., 147.
Depter 157.
Douglas 264.
Douglas Cree J., 28. 37.
Doyen 78.
Dreesmann 78.
Dreifuss, A., 78.
Dreser, H., 241.
Drewitz 1. 2.
Dreysel 49.
Dubois 226.
Duckworth, W. L. H. 138.
Dührssen, A., 56. 57. 252. 253. 254.
Dürig, Franz 195.
Dujardin-Beaumetz 38.
Dunger, Reinh. 122. 175.
Dungern 61.
v. Dungern 155.
Dunn, T. E. J., 28. 37.
Durand 46. 47.
Durante 169.
Durig 148.
Dzerzgowski, G. K. 96. 97.

Ebbell, B., 5.
Ebner, Ad., 204.
Ebstein, W., 2. 112*.
Edgar 44. 45.
Edinger 113. 121.
v. d. Eeskhout, A., 243.
Ehrendorfer, E., 252.
Ehrhardt, O., 79. 81.
Ehrlich 60. 110. 120. 205. 235.
Ehrmann 11. 230. 261.
v. Eichborn 247.
Eichelberg 246.
Eichhoff, P. J., 4. 5.
Eigenbrodt, C., 223.
Eijkman 96.
Einthoven 148.
Eiselsberg, A. v., 39. 169.
Eiselt, R., 10. 244.
Eisenberg, Ph., 154.
Eisenstein, K., 56.
Eisenzimmer 116. 119.
Eisler, M. v., 8.
Ellinger 102.
Ellinger, Alexander 242.
Elschnig 93.
Eltze, H., 108.
Emmerich 156.
Emmert, Johannes 165.
Enderlen 258.
Enderlen, E., 86.
Engel 58. 130.
Engel, C. S., 177.
Engel, K., 175.
Engelhorn, Ernst, 57. 250.
Engelmann, Fritz 188.
Englisch, Jos. 41. 64. 85.
Engman, M. F., 43.
Engström, Otto 184.
Erb 45. 126. 127.
Erben, S., 122. 126.
Erdheim, S., 73.
van Ermenghem 154.
d'Errico, G., 234. 235.
Esau 156.
Esau, P., 75.
Esch 55.
Eschenbach, M., 74.
Escherich 60. 110.
Etienne, G., 25.
Eulenburg, Alb., 113. 151. 229. 230.
Eulenstein 256.
Ewald 34.
Ewald, J. Rich. 152.
Ewart, Felicie, 140.
Exner 211. 239.
Eyre, J. W., 18.

Fabricius 55.
Fabry, Herm., 180.
Fabry, Joh., 180.
Fackenheim, W., 21.
Falk, Edm., 236.
Falk, Fritz, 133.
Faltin, R., 16.
Faure, J. L., 223*.
Faure, M., 126. 128.
Fechner 151.
Feer, E., 65.
Fehling 107. 189.
Feilchenfeld, Leopold, 116.
Feinen 204.
Feldbausch 178.
Feldmann, Friedrich, 209.
Fenyvessy, B. v., 8.
Ferrier, David, 113.
Ficker 95. 239.
de Filippi, Filippo, 133.
Finckh, E., 203. 206.
Finger 45.
Fink, Franz, 80.
Finkelstein, H., 60. 110*. 197.
Finkler 31.
Finsterer 55. 209.
Finzi 27.
Fiocco 42.
Fiorini, M., 161.
Fischer, Louis, 259.
Fischer, Martin H., 234.
Fischer, Oskar, 114. 115.
Fischler 174.
Fisher 34.
Flack, Martin, 143.
Flammer, M., 83.
Flatau 226.
Fleischmann, Paul, 238.
Fleischmann, W., 131.
Flemming 95.
Flensburg, C., 112*.
Flexner 156.
Flörcken, H., 81.
Florence 101.
Försterling 69.
Ford, Rosa 22.
Fordyce, John A., 43.
Forel, A., 215.
Fornario, G., 157.
Fornet 116. 119. 238.
Forsmann 132.
Foster, Burnside, 42.
Foz, G. H., 42.
Fränkel, C., 19.
Fränkel, L., 55.
Fränkel, P., 101.
Fränkel, Sigm., 242.
Francioni, C., 172.
Frangenheim, P., 66.
Frank (Cöln), 252. 253.
Frank, Fritz. 181.
Frankenhäuser 225. 226.
Frankenstein, K., 52. 200.
Frankl-Hochwart, L. v., 39. 169. 261*.
Franklin 230.
Franqué, Otto v., 253.
Franz 186.
Franz, Fr., 9.
Frenkel 125. 128.
Frenkel-Heiden, S., 128.
Freund 23.
Freund, Hermann, 251.
Freund, L., 229. 230. 231.
Freund, W. A., 187.
Frey, E., 154.

Freyer 205.
Freymuth, F., 193.
Friedberger, E., 16. 163.
Friedemann' Max, 133.
Friedländer 194. 239.
Friedmann 231. 251.
Friedrich, P. L., 203.
Frisch, O. v., 90.
Fromme 76. 191. 254.
Fuchs, Alfred, 128.
Fuchs, Bernhard, 182.
Fuchs, E., 210. 211.
Fürbringer 97.
Fürth, Otto v., 11. 144.
Fuller 46. 49.
Funke, John, 239.

Galewsky 116. 182.
Gall 217. 219.
Gallatia, E., 22.
Galli, Giovani, 164.
Galli Valerio, B., 215.
Gamanouchi, T., 238.
Gans 47. 48.
Gansser, E., 131.
Garrè 76. 205.
Gastell 176.
Gaujoux, E., 53.
Gaupp 99.
Gauss 252.
Gebhard, C., 160. 222*.
Geigel, Richard, 221*.
Geissler 49.
Gellhorn, Walter, 64.
Gemelli, A., 144.
Generali 192.
Gengon 19. 157.
Georgii 100.
Gerber, Otto Paul, 245. 247.
Gerhartz, Heinrich, 13.
Gerlach 231.
Gerstenberg, E., 200.
Gersuny 87.
Giani, R., 162.
Gilchrist, Thomas G., 43.
Gildemeister 102. 147.
Giovine, Nicola di, 242.
Gizelt, A., 146.
Gleich 90.
Glogner, M., 84.
Gmeiner, Friedrich, 248.
Gobiet, Jos., 169.
Gobel, C., 68.
Göbel, W., 223*.
Görlich, M., 207.
Göschel 76.
Götz, M., 65.
Goldammer 79.
Goldman, H., 5.
Goldscheider 151.
Goldschmidt 182.
Gonin 93.
Gonzales del Valle 28. 37.
Gordon, Alfred, 244.
Gorter 196.
Góth, Lajos, 57.
Gotschlich, E., 96.
Gottheil, Williams, 43.
Gottlieb, R., 243.
Gottschalk, S., 221*.
Gowers, William R., 113.
Gradenigo 260. 261.
Graeffner 123. 126. 178.
Grätzner, E., 221*.
Graff, E. v., 200.
Grammaticati 249.
Graser 76.
Grasmann 201.
Grassi 158. 159.
Greef 93.
Gregor, Adalbert, 27.
Gribinouk, E. S., 167.
Griffith, John, 211.
Grober, J., 24.
v. Grolmann 92.
Gross, Emanuel, 57.
Gross, Oscar, 240.
Grosz, Siegfried, 140.
Groth, A., 5.
Grünbaum, D., 250.
Grünwald, L., 111*.
Grützner, P., 149.
Gudden 99.
Günzburger 123.
Guerrini, G., 148.
Guillaume 229.
Guillery 210.
Guinon, L., 197.
Guleke, N., 77. 88.
Gussenbauer 90.
Gutzmann, Albert, 111.
Gutzmann, H., 111*. 179.

Haaslor, F., 80.
Habuda 99. 100.
v. Hacker 169.
Hadicke 49.
Haenel, Hans, 123. 126.
Härdén 226.
Hafemann, Max, 146.
Haffter, M., 84.
Hagenbach, E., 72.
Hahn 88.
Hahn, Gerh., 23.
Hahn, J., 75.
Halban 105.
Halberstädter, L., 216.
Haldenwang, O., 207.
Halphen, E., 244.
Hamburger, Fr., 15. 33.
Hamm, A., 255.
Hammarsten 131.
Hannes, Walther, 185.
Hanssen, Olav, 232.
Harnack, Erich, 168. 215. 224*.
Hart, Karl, 39.
Hartmann, J., 190.
Harvie 195.
Harzbecker, V., 132.
Hashimoto 88. 89.
Haškovec, L., 166.
Hata, G., 239.
Haultain, F. W. N., 52.
Hecht, A., 197.
Hedrén, G., 51. 52.
Heermann, G., 178.
Heffter, A., 231.
Heidenhain 136.
Heilner, Ernst, 143. 145.
Heimann 60.
Hein, F., 200.
Heinecke, H., 77.
Heinrichsen, K., 66.
Heitz, Jean, 126. 127.
Heller, E., 71.
Heller, Julius, 182.
Hempel, H., 164.
Henkel 127. 254.
Henle 224*.
Henneberg 114.
Henschen, K., 259.
Henze, M., 236.
Herczel, E. v., 85.
Herescu 88.
Herff, O. v., 22. 58. 183. 256.
Herford, E., 164.
Hering, E., 103. 149.
Hermann, L., 102*.
Herschmann, Friedrich, 164.
Herxheimer, G., 160.
Herzel, Ludwig, 183.
Hesky, Egon, 22.
Hess, C., 212.
Hess, Leo, 15.
Hesslörffer 126.
Heubner, W., 212. 238.
Heuck, W., 116. 119.
Heusner, H. L., 102*.
Howlett, R. T., 157.
Heyn 198.
Heynemann, Th., 194.
Heyrovsky, H., 239.
Hibbert, J. C., 1. 2.
Hida, O., 238.
Hildebrandt, Hermann, 215.
Hilgermann 96.
Hill, Reinh., 135.
Hinselmann, Hans, 51.
Hinterberger, A., 239.
Hinterstoisser, H., 201.
Hippel, Eugen v., 93. 169. 210.
Hippel, R. v., 82.
Hirsch, H., 89.
Hirsch, Oskar, 40.
Hirsch, Rahel, 176.
Hirschberg 92. 211.
Hirschberg, A., 23.
Hirschfeld, Felix, 39.
His, W., 176. 177.
Hitschmann 136. 254.
Hoche 226.
Hochhaus, H., 168.
Hochheim 215.
Hochsinger 196.
Hochsinger, K., 4. 5.
Hober, R., 13.
Hohne, O., 190.
Hormann, Karl, 236.
Hörz, W., 84.
Hoffmann 168.
Hoffmann, A., 209.
Hoffmann, K. F., 160.
Hoffmann, Rudolf, 23.
Hofmann, A., 259.
Hofmann, K. v., 23.
Hofmann, M., 207.
Hofmeier, M., 191.
Hohlweg, H., 131. 132.
Holzappel, Karl, 160.
Holzbach, Ernst, 136. 237.
Hoogenhuyze, C. J. C. van, 134.
Hopmann 177.
Horn 94.
Hosemann 17.
Hotz, G., 24.
Howland, Chase, 230.
Hudovernig, Karl, 128.
Hühner, H., 116. 120.
Hübscher 89.
Hüfner, G., 131.
Hunarus, G., 206.
Hunt, J. Ramsay, 113.
Huntington 244.
Hyman 46. 47.

Jaboulay 228.
Jacob, L., 39.
Jacoby, Mart., 163.
Jacoby, S., 223*.
Jacquet 12. 248.
Jäderholm, G. A., 152.
Jakob 128.
v. Jaksch 4.
Jakson 168.
Janet 43.
Japelli, G., 10. 234. 235.
Jellinek 225. 226. 227.
Jenssen, Fr., 248.
Jentsch, Ernst, 216.
Jerie, J., 195.
Jermakoff 123.
Jerusalem, Ernst, 233.
Jesionek 179.
Jessen 227.
Jewell 96.
Jezierski, P. V., 159.
Igelstein, L., 89.
Ignatius, J., 143.
Jianu, Joan, 68. 258.
Imbert 229.
Infeld, Moritz, 245.
Jodlbauer, A., 130. 132.
Johansson 214.
Jonescu, Th., 80.
Jordan, Arthur, 42. 46.
Jordansky, V., 157.
Jores, Leonhard, 162.
Jorns, August, 15.
Joseph, Jaques., 70.
Josselin de Jong, R. de, 173.
Jourevitch, V., 154.
Ipsen 100.
Irving, Hamilton, 206.
Irwin 227.
Isaak 12.
Israel-Segond 83.
Iselin, H., 12.
van Italie 100.
Jürgens 17. 28. 32. 33.
Julinsberg 44.
Jundell 4.
Jurasz, A., 264*.

Kachel, Mally, 108. 109.
Kämmerer, H., 114.
Kahane 196.
Kahne 229.
Kajiura 213.
Kalischer, S., 165.
Kalmus, Friedrich, 164.
Kalt 227.
Kamann, K., 198.
Kanasugi, H. E., 223.
Kanitz 49.
Kaplan 164.
Karnitzky, A. O., 195.
Kassowitz, Karl, 151.
Kauffmann, René, 172.
Kaufmann 259.
Kaupe, Walther, 21.
Kausch, W., 202. 221*.
de Keating-Hart 105*. 200.
Kehr 78. 79.
Kehrer, E., 22.
Koller, R., 215.
Kelly 106.
Kelsch 3. 4. 7. 19. 158.
Kenyeres 100.
Kephallinós, N. A., 28. 33.
Kermorgant 3. 4.
Kotham, Johannes de, 107.
Kienböck 69.
Kieseritzky, G., 173.
Killian, Gustav, 246. 247.
Kimmlo 224*.
Kindler, E., 128. 229.
Kinoshita, Tosaku, 233.
Kirchmayr, L., 85.
Kirchner, A., 135.
Kladnitsky, N., 157.
Klauber 82.
Klausner 119.
Klebs 105.
Klecki, K. v., 155.
Klein, Gustav, 107*. 108. 109.
Kleinertz, Ferdinand, 55.
Kleist, Karl, 262*.
Klemm, P., 68.
Klemperer, F., 221*.
Klimenko, W. N., 16.
Klinkenberg (Aachen) 24.
Klostermann, M., 98.
Klotz, Max, 61.
Knaffl-Lenz, Er., 137.
Knapp, Alb., 123. 171.
Knauer, A., 123. 125.
Knauth 49.
v. dem Knesebeck 224*.
Knoepfelmacher, W., 5. 6. 7.
Knorr, Rich., 106*.
Knortz, Karl, 224*.
Kobert 22.
Koch 159.
Koch, Joseph, 239.
Koch, W., 10. 137.
Kocher 80. 202. 258.
Kockel 101.
Köhler 242.
König 259.
König sen. 207.
König jun. 71. 73.
König, Berth., 149.
Köppe 153.
Köppl, E., 76.
Körner 256.
Körner, O., 178. 259.
Körte 79.
Köster, Georg, 220*.
Kofler, Karl, 40.
Kohlhrugge. J. F. H., 3. 4.
Kolle 156.
Kollmann, A., 223*.
Kollmann, J., 105. 106.
Konschegg, Arth., 134.
Kopyloff, N. W., 88.
v. Korányi 23. 162.
Korschun, C. V., 154.
Korte, Hugo, 165.
de Kortè, W. E., 157.
Kossa, Jul. 163.
Kotzenberg, 257.
Krämer, Mart., 175.
Kraepelin 171.
v. Krafft-Ebing 105. 120.
Kraïouchkine, V., 173.
Kratter 100.
Krause 186. 257.
Krawkow, N. P., 200.
Kreibich, K., 17. 209.
Kreidel, Alois, 131. 152.
Kreuser 90.
v. Kries 92. 149. 211.
Kröner, P., 190. 191.
Krönig 186. 222*. 254.
Krönlein 90. 257.
Kromeyer 49. 179.
Krüger 5.
Kruieger 12.
Kruse 90. 95. 156.
Krusius 94.
Kudlek 205.
Kudo, T., 130.
Kühner, R., 71.
Külz 1. 2. 158.
Kümmel, W., 256.
Kümmell 79. 257.
Kürbitz 123.
Küster 239.
Küstner 57. 107. 183.
Küstner, Otto, 222*.
Küttner, H., 73. 83. 181.
Kuhnt 93.
Kurella 227.
Kusai 234.
Kusnotzoff 83.

Lahbé, Marcel, 175.
Lahhardt, Alfr., 197.
La Fetra, Linn. Edf., 110*.
Laffranchi, Alcide, 256.
Lafon 209.
Landau, E., 138. 187. 250.
Landores 262.
Landry 125.
Landsteiner, K., 16. 119. 134.
Lang, Arth., 123. 125.
Lange 92.
Lange, O., 259.
Langenbeck 71.
Langerhans 159.
Langlay, J. N., 147.
Langley 11.
Langstein, L., 61. 62. 64.
Lanz 87.
Lapinsky, Mich., 26. 123. 125.
Laqueur, Aug., 19. 128.
Laquerrière 228. 229.
Laschtschonko 226.
Latzko, W., 281.
Lauenstein 4. 5.
Laveran, A., 164.
Lavrova, L. N., 23.
Lazarus, Paul, 113.
Leathern, A. N., 18.
Lebedeff 249.
Leber 93. 238.
Le Dentu 223.
Lederer, R., 144.
Leduc 226. 227.
Leers 100. 101.
Lefmann, G., 132.
Legueu 251.
Lehmann, Franz, 252.
Lehmann, K. B., 9. 214.
Lehndorff, Heinr., 136.
Leiner, Karl, 197.
Leischner, H., 202.
Leisewitz 108.
Leisewitz, Th., 188.
Leishman 174.
Lemberger, Frieda. 152.
Lenhartz, 36. 246.
Leopold, G., 56.
Leredde 230. 231.
Leck, R., 82.
Lesser, Ernst J., 143.
Lesser, Fritz, 116. 120.
Leube, W. v., 28. 34.
Levaditi, C., 116. 117. 118. 154. 159.
Levi, J., 55.

Lewandowsky 74.
Lewerenz 82.
Lewitt 49.
Lexer, E., 70. 204. 262*.
v. Leyden 113. 128.
Leydig 234.
Lhendel 99.
v. Lichtenberg 28. 30. 67.
Lichtenhahn, F., 259.
Lichtenstein, F., 186. 187.
Lieben, S., 234.
Liebermann, L. v., 8. 9. 133.
Liebermann, P. v., 8.
Liehi, W., 87.
Liehlein, Vikt., 85.
Liefmann, H., 98.
Liepmann, W., 51.
Lilienfeld 230.
Lindemann 226.
Lindemann, Ludw., 135.
Lindemann, W., 153.
Lindemann-Landau 83.
Lindenborn, K., 201.
Lindenstein 76. 208.
Lindström, Edw. A., 128.
Lion 47. 48.
Lockemann, Georg, 21.
Loeb, Heinr., 49. 50.
Loeb, Jaques, 137.
Loeh, Leo, 161.
Löffler, F., 21.
Löwenhardt 188.
Löwenheim 44. 45.
Löwenthal, M., 116. 120.
Löwenthal, W., 175.
Lohmann, W., 211.
Lohnstein, Theod., 167.
Lohse, J. E., 55.
Lombard, E., 244.
Lombroso 157.
Lommel, Folix, 233.
Looten, Jules, 235.
Lossen 10.
Lossen, J., 175.
Lotheisen 70.
Lotsch 84. 203.
Lott 183.
Louros, C., 57.
Luciani, Luigi, 101*.
Luckoch, F., 156.
Lucretti, Carmelo, 164.
Ludloff, K., 208.
Lunokenbein 253.
Lund, L., 143.
Luschka 79.
Lustgarten 43.
Lutz, A., 17.
Luys 183.
Luzenberger 230.

Mc Caskey 28. 31.
Mc Donald 49. 50.
Macfadyen, A., 19.
Macintyre 227. 228.
Mc Wienfield, J. F., 43.
Mack, W., 80.
Mackinney 46.
Madelung 98. 201.
Maennel, Curt, 184.
Magnus 101.
Magnus, R., 145.
Malassé, E. v., 123. 124.
Malessez 248.
Mallory 237.
Mampell, O., 24.
Manasse 347.
Mandelstamm, J., 56.
Maudry, G., 70.
Mangold, E., 14.
v. Mangoldt 88.
Mann 225.
Mann, S. A., 137.
Manteufal 241.
Marburg, Otto, 123. 124. 169.
Marcos 28. 37.
Marcuse, J., 103*.
Marenduzzo, Luigi, 164.
Marfan 60. 110.
Marie, A., 116. 117. 118. 156. 238.
Marinesco, G., 20. 171.
Marinescu, M. G., 128. 240.
Marini, G., 161.
Marks, L. H., 98.
Martin, A., 136.
Martin, Cl., 71.
Martin, Collier F., 123. 125.
Marwedel 201.
Marx 1. 2.
Masciangoli, L., 28. 38.
Massia 123.
Massol, L., 129.
Manricean, Franç., 108.
May, Rich., 135.
Maydl 86.
Mayer, Theod., 164.
Mayou 209.
Mayrhofer, B., 71.
Mazza, G., 164. 181.
Mehring 145.
Meier 119.
Meirowski, E., 261*.
Meissner 82.
Meldorf, Gust., 98.
Mellanby 134.
Meltzer 240.
Mendel, Kurt, 26. 116. 121. 168.
Mendelsson, Otto, 197.
Mendesda Costa, S. 181.
Menge 249.
Menier, M. H., 247.
Menzel, K. M., 40.
de Méric 49.
Mering, J. v., 164.
Merck, E., 224*.
Merzbacher, L., 114. 115.
Metchnikoff 155.
Metz, G. F., 239.
Meurers 69.
Meyer 47. 48.
Meyer, Georg, 42.
Meyer, Hans, 131. 132.
Meyer, K., 8. 9.
Meyer, L. F., 61.
Meyer, Robert, 161.
Meyer-Ruegg, Hans, 183.
Michaelis, L., 119. 141.
Mięsowicz, Erwin, 28. 36.
Mikulicz 72. 81. 180. 202.
Milchner, R., 26.
Milian 128.
Millon 232.
Mills 227.
Milner 258.
Minea, J., 20. 171.
Minervini, Leone, 142.
Minervini, Raffaele, 21.
Minet, J., 126.
Minot 137.
Mintz, W., 259.
Mironescu 18.
Miyake, H., 256.
Miyata, T., 70.
Mochalle 23.
Möbius 168. 216. 217. 218. 219.
Mohlmann, Karl, 55.
Moeli 115.
Mörchen. F., 123.
Molitoris 100.
Moll, Leopold, 59.
Momburg 66.
Monarie 226.
Montgomery, Frank H., 42.
Monti, Romeo, 15.
Mook, W. H., 43.
Morawitz, P., 175.
Morel 67.
Moreschi, C., 15. 16.
Morgenroth, J., 116.
Moritz, P., 39. 113.
Moro, E., 59. 60. 62. 110*.
Morquio, Louis, 198. 199.
Morton 227.
v. Mosetig-Moorhof 69.
Mott, F. W., 116. 120.
Mougeat 231.
Montier, Fr., 28. 34.
Much 246.
Müller 86. 95.
Müller, Aloys, 149.
Müller, Christian, 171.
Müller, Eduard, 116. 121. 170.
Müller, Erich, 63. 246.
Müller, Konrad, 230.
Müller, O., 180. 247.
Müller, P. J. W., 246.
Müller, P. Th., 8.
Müller, W. Friedrich, 137.
Münchmeyer, O., 199.
Muesch, M., 226.
Murray, H. M., 28. 31.

Nacke 195.
Näcke, P., 101.
Nagel 101*.
Nagelschmidt, Fr., 44. 45.
Nageotte 113.
Nambu, Takakazu, 168.
Nastase, Nestor I., 18.
Naumann 46. 47.
Nawinsky, P., 16.
Nestel 227.
Negri 7. 157.
Negroni, Gioacchino, 73.
Neissor 44. 45. 47. 48. 49.
Neisser, A., 116. 117. 119.
Neisser, M., 98.
Neisser-Braeuning 63.
Nelson, Louis, 232.
Nenninger 173.
Neugebauer, Fr. W. v., 105*.
Neumann 42. 63.
Neumann, Alfred, 131.
Neumann, Georg, 64.
Neumayer, L., 243.
Newell, F. S., 192.
Nicolas 46. 47.
Nicolau, Dimitrie, 112*.
Nicolescu, G., 167.
Nicolet 230.
Nicolle 15. 120.
Nijland, A. H., 1.
Nikitin, M. P., 168.
Nikolaides, R., 147.
Nobécourt, P., 64.
Nohl, G., 5. 6. 44. 45.

Noeggerath, C. T., 159.
Noetzel, W., 76. 84.
Noguchi 133.
Noll 93.
Nonne, M., 26. 127.
Noorden 231.
Nordenson 93.
Northrup, P., 28. 38.
Novak, J., 201.
Nowaczek 153.
Nusshanm, M., 236.

Oberndorfer 191.
Oberländer 106.
Obermayer, Friedrich, 174.
O'Dwyer 110.
Oelsner 259.
Oeri jun., Rudolph, 183. 256.
Offergeld, Heinrich, 12. 250. 251.
Ogata (Freiburg i. Br.) 237.
Ohm 127.
Olivier, Thomas, 28. 31.
Olshausen 109.
Oppenheim 46. 181. 257.
Oppenheimer 101.
Orestano, Fausto, 258.
Orgler, A., 63.
Orlowsky 44. 45. 47. 48. 106*.
Ormsby, Oliver S., 43.
Orschansky 123. 124.
Orzechowski, Kasmir v., 244. 245.
Osiander 56.
Ostorroht 210.
Ottolenghi 100.
Oudin 229.
Owen 227. 228.

Pacchioni, D., 172.
Pässler. H., 28. 35.
Pal 123.
Palior 28.
Paltauf 99.
Pampoukis 157.
Pancrazio, Fr., 39.
Pane 34.
Panek 47.
Paniohi, L., 19. 28. 30.
Pankow 187.
Paquet, P., 28. 32.
Pari, O. A., 144.
Parinaud 90. 92.
Parker, Frank J., 210.
Pascale, Giovanni, 73.
Paschaff 90. 91.
Paschen, E., 7.
Paschkis, R., 86.
Pasteur 156. 170. 173.
Pancke, Martin, 21.
Paul, M. E., 4. 5.
Pawlow 101. 165.
Payr 202. 205.
Peham 191.
Peham, H., 106*.
Pehiář, J., 176.
Peiper 4.
Pels-Leusden 78. 79.
Pelterson, S., 89.
Pensky 83.
Pepnet 68.
Perthes 74.
Perucci, P., 158.
Peters, A., 25.
Perusini, Gaetano, 114.
Petersen 44. 45.
Petrescu 38. 39.
Petri, Th., 109.
Petřivalsky, J., 71.
Peu, Phil., 108.
Pexa, W., 64.
Pfannenstiel, J., 107. 186. 253. 255.
Pfaundler, M., 33. 59. 60. 110.
Pfeifer, B., 123.
Pfeiffer 100. 156. 172.
Pfeiffer, R., 15.
Pflüger 213.
Pflüger, Eduard, 146.
v. Pflugk 91.
Pfuhl 212.
Philips, F., 59.
Phleps, Ed., 169.
Pick, E. P., 144. 238.
Picker 43. 44. 45.
Pickenbach 46. 47.
Piéry 226. 227.
Pilf 4. 5.
Pineles, Friedrich, 40. 144
Piorkowsky 49.
Piper, H., 147. 148.
Pirquet, C. v., 5. 6. 7.
Plaut, Felix, 116—120.
Plehn, A., 157.
Pletnew, Dim., 40.
Podwyssotzki 17. 157.
Pogendorff 13.
Polimanti. Osw., 139.
Politzer, S., 42.
Pollak, Rud.. 28. 33.
Polland 47. 48.
Pop-Arramescu, A. N., 80.
Pope, F. M., 128.
Popiolski, L., 11. 146.
Popper, Hugo, 174.
Porges 119.
Porter, C. R., 2. 3.
Posey, Wm. Campbell, 244.
Potocki (Paris) 250.
Pouthière, Leopold de, 168.
Pradella, C., 53.
Prausnitz, W., 96.
Preda 179.
Predtétchensky, S. N., 97.
Preiser 123. 125.
Preysing, H., 172.
Přibram, Hugo. 131.
Pringsheim, Josef, 166.
Prochownick 195.
Pröscher, F., 7.
Protopopow, F., 67.
Pütter 236.
Pulvirenti, Stef., 28. 36.
Puppe 100. 101.
Pusey, Will. Allen, 43. 179.

de Quervain 87.

Rabé, M., 59.
Racine 123. 124.
Raehlmann (Weimar) 149.
Rainear 228.
Raitz, J. v., 128.
Ramond 43.
Rancken, Dodo, 213.
Ranzi, E., 67.
Ranbitschek, H., 16.
Rauscher, O., 186.
Rawan, John, 260.
Raymond, F., 26.
Réczey 199.
Redlich 23. 261*.
Reeh, M., 212.
Regensperger 47. 48.
Régnier 228. 230.
Rehn 76.
Reich, A., 206.
Reiche, A., 246.
Reichel, Heinrich, 97.
Reichmann 174.
Reifferscheidt 191.
Reinicke, R., 189.
Reitmann, Karl, 181.
Reitz, A., 130.
Remlinger 171.
Rennes 205.
Reutter 99.
Revenstorf 101.
Révet, L., 64.
Reyher, Paul 173.
Roynier, P., 194.
Rihbert 51. 159. 162.
Riedel 79. 81. 201. 224*.
Rieder, H., 103*.
Righi, Augusto, 220*.
Rigler, O., 27.
Rindfleisch, Carl, 189.
Rimann, H., 66.
Rimpau, W., 175.
Ringel 74.
Ringer 37. 148.
Risel, Hans, 225.
Ritter 197.
Ritter, C., 69. 204.
Robertson 124. 211.
Robinovitch 226. 227.
Robinson, Beverley, 28. 35.
Robinson, R., 213.
Robson 80. 81.
Rochaz de Jongh, J., 215.
Rodari 230.
Rodler, Karl, 234.
Römer 28. 36. 256.
Römheld, L., 3*. 116. 123.
Rogge, Max, 116. 121.
Rolandi 122.
Rolleston, J. D., 2. 3.
Rolly, Fr., 240.
Romhach 46. 47.
Romberg 124. 126.
Romiée 94.
Romo 38.
Rona, Peter, 141.
Rose 92. 158.
Rosebach 178.
Rosenbach 113.
Rosenbaum, A., 154.
Rosenfeld 116. 119.
Rosenheck, Charles, 127.
Rosenheim, Otto, 213. 233.
Rosenthal, Bernh., 187.
Ross (in Hall Skillern) 247.
Rossi 116. 119.
Rossi, Felix, 213.
v. Rosthorn 107.
Rosthorn, Alfons v., 222*.
Rothermund, M., 96.
Rothmann, Max, 114. 115. 116. 245.
Rotter 78.
Roubaud, E., 17.
Rousseau 43. 88.
Roustan 199.
Rubner 39.
Rühs, K., 21.
Rüpp 10.
Ruge, R., 156. 158.
Runge, Ernst, 50.
Ruotte 75.
Ruppricht, W., 233.

Rutten 94.
Růzička 44.
Ryan, L. A., 10.

Saar, G. v., 203.
Sabouraud 248.
Sabouraud, R., 181.
Sachs, B., 25.
Sachs, Fritz 133.
Saemisch 209.
Sänger 123.
Sainton, P., 123.
de Sajous, M., 144.
Saito 89.
Saiz, Giovanni, 123.
Sakurai 109.
Sakurane, K., 41.
Salimbeni, A., 156.
Salis, H. v., 89.
Saltykow, S., 163.
Salzmann, M., 91.
Sampson 186.
Samuel, Max, 189.
Suno (Japan) 9. 241. 242.
Santesson, C. G., 166.
Sarbó, A., 128.
Sattler 94.
Saxl, P., 15. 232.
Schadow 216.
Schaller, L. F., 184.
Schamberg, Jay F. 43.
Schattmann 50.
Schatzky 230.
Schauta 192. 251.
Scheidenmantel, E., 50.
Schein, M., 193.
Scholbe (Freiburg) 63.
Schellenberg, H. C., 130.
Schenck 101.
Schereschesky, J., 116. 119.
Schichold, P., 28. 38.
Schickele (Strassburg) 252.
Schieck, Fr., 20. 159. 209.
Schiffers, F., 40.
Schilder, Paul, 151.
Schimmelbusch 200.
Schindler 47. 48. 49.
Schirmer, Otto, 209.
Schlatter, C., 209.
Schlayer 153.
Schleissner, Felix, 59.
Schlesinger 126.
Schlipp 29. 211.
Schloffer 169.
Schmid, F., 3.
Schmidt 217.
Schmidt, Anton, 139.
Schmidt, Chr., 246.
Schmidt, H., 40.
Schmidt, H. E., 40.
Schmidthuisen 178.
Schmidt-Rimpler 93.
Schmiedeberg 224.
Schmitzer 34.
Schnée, Adolf, 231.
Schnée, C. E., 231.
Schnée, Otto, 231.
Schneider, P., 159.
Schnirer, M. T., 221.
Schöler, F., 90.
Schönwerth, A., 87.
Scholz 44. 45.
Schottelius, Ernst, 156.
Schottelius, Max, 146.
Schottmuller 194.
Schreiber, L., 93. 159.
Schroder 71.
Schröder, E., 251.
Schroder, P., 114. 115.
Schubert, Gotthard 183. 198.
Schucht, A., 116. 119.
Schuller, Arthur, 123. 125. 170.
Schütte 164.
Schütz, Jos., 180.
Schütze 224*.
Schütze, Alb., 116. 118. 163.
Schütze, Harrie, 214.
Schultz, N. K., 158.
Schultz, Hermann, 15.
Schultze, B. S., 189. 253.
Schultze, Kurt, 201. 256.
Schulz 134.
Schumburg 58.
Schur, N., 166.
Schuster, P., 169.
Schwalbe, G., 137. 138.
Schwarz 68.
Schwarz, E., 164.
Schwarz, Karl, 11. 144.
Secchi, Tommaso, 174.
Seeligmann 107.
Seffner 217.
Seidel, Curt, 22.
Seidel, H., 204.
Seitz, Ludwig, 58. 59. 101. 188.
Sellei 46.
Sellheim, Hugo, 189. 191.
Selter, Hugo, 28. 29.
Semon 178.
Semple, D., 156.
Sendtner 47.
Sereni, S., 158.
Sergent, Edmond, 158. 159.
Severeanu, C., 68.
Sharpey 208.
Shiga 156.
Shmith 46. 47.
Sicre, A., 157.
Siebelt 46. 47.
Sieber, H., 54.
Siebert 49.
Siegert, F., 199.
Siemens 97.
Sigerist, Alb., 123.
Sigismund 188.
Sihle, M., 142.
Sil, J., 168.
Simon 34.
Sisten, A. E., 4. 5.
Siven, V. O., 92.
Skott, F. H., 142.
Sloan 228.
Smit, H. J., 11.
Smurthwaite 227.
Snow 230.
So 88.
Sobotka 4.
Sotbeer 47.
Sofer, L., 159.
Sofre, Guiseppe, 164.
Soldin, Max, 64.
Solomowicz, Jul., 10.
Sonntag, G., 9.
Sorrentino, Francesco, 257.
Le Sourd 157.
Sowiński, Zdzislaw, 180.
Spalitta, F., 142.
Spielmeyer, W., 24. 114—116. 121.
Splendore, A., 17.
Sprengel 81.
Squier, J. Bentley, 128. 129.
Srdinko, O., 215.
Ssadowski 250.
Stáholin, R., 39.
Stanford 230.
Stapfer, H., 263*.
Staarling 11. 144. 145.
Steen 226.
Steensma, F. A., 162.
Stefani, Jos., 123. 125.
Steffens, P., 103*.
Steger 216.
Stein 4. 5. 47. 48.
Steiner, L., 240.
Stelwagen, Henr. W., 42.
Stembo 229. 230.
Stephenson, Sydney, 123.
Sterneck 149.
Stertz, G., 116. 118.
Steyerthal, Armin, 244.
Stietzel, W., 97.
Stigler, R., 149. 150.
Stöckel 51. 107.
Stocker, A., 107.
Stokes, Adams, 176.
Stone 44. 45.
Strasser, A., 103*, 123. 125. 221*.
Strassmann 100. 101. 215.
Stratz 183.
Straub, Walt., 13.
Strebel 47. 48.
Streissler, E., 208.
Stromayer, W., 116. 122. 171.
Strumpell, A. v., 116. 121.
v. Stubenrauch 85.
Stumme, E., 73.
Stumpf 99.
Stýbr, J., 197.
Suchier 179.
Suffran, F., 181.
Suis, A., 181.
Summa, Fr., 17.
Suter, F., 86.
Sutherland, Halliday G., 116. 120.
Swirski, G., 145.
Symons, C. T. 148.
Szontagh, F. v., 28. 31.

Tailor, E. W., 128.
Tait, Lawson, 83.
Takaki, Kenji, 132. 134.
Talmey 228.
Tandler, Jul., 140.
Tanon 19.
Tappeiner, H. v., 130. 220*.
Taub, Simon, 140.
Tauber, Siegfr., 28. 36.
Tauffer 47. 48.
Taylor 46. 47.
Tchistovitsch, W., 154.
Tebb, Christine, 233.
Tocon, H., 251.
Tedeschi, E., 129.
Teleky, Dora, 69.
Teleky, L., 111*. 112.
Teller, Rich., 68.
Teppaz, L., 173.
Terrien 227.
Tertsch 91.
Tortsch, R., 4. 5.
Thaler, H., 192. 193.
Thalmann 43.
Thevenot, Lucien, 65.
Thies, J., 123. 126.
Thiroux, A., 164. 173.

Themayer, D. J., 170. 176.
Thompson, R. L., 5. 7.
Thomsen, R., 171.
Thorner 211.
Thorspeken, O., 80.
Tièche 181. 248.
Tiffeneau, M., 238.
Tigerstedt, Rob. 101*.
Tilmann 169. 257. 258.
Tissier, 196.
Titus 47. 49.
Tizzoni, G., 157.
Tobeitz, A., 110*.
Tobias, E., 128.
Tobler 47.
Töpfer, H., 167.
Török 42.
Togami 164.
Tovölgyi 228.
Trautmann, Arno, 158.
Trebing, Joh., 161.
Trebitsch, Rud., 182.
Trendelenburg, W., 14. 66. 67. 86. 87. 139. 223*.
Trommer 123. 127.
Trone, C., 123.
Trotter 227.
Tschachotin, Serg., 13.
Tschagowetz, W. J., 13.
Tschermak, Armin v., 150.
Tscherventzoff, A. N., 157.
Tschirkowsky 90.
Tschistowitsch, Th., 240.
Tuszkai, Ödön, 191.
Tyzzer, E. E., 2. 3.

Uhle 46.
Uhlenhuth 241.
Ulbrich 92.
Ulex 10.
Unger 100.
Unger 146.
Unterberg 46.
Urane, F., 148.
Urbantschitsch, Viet., 102*.

Valk 46. 47.
Valk, J. W. van der, 181.
Variot 4. 5.
Varrier-Jones, P. C., 165.
Vassale 192.
Veckenstedt, Rich., 177.
Vedrani 27.
Veit 254.
v. d. Velden 12.
Verdier, Felix, 173.
Vernay 228.
Verploegh, H., 134.
Vesal 107.
Vicarelli 256.
Vielliard 197.
Vierordt, H., 221*.
Vincent, H., 238.
Vinesch, V., 128.
Völsch, Max, 138.
Völtz, D., 141.
Vörner 44. 45.
Vogt, Alfr., 92. 93.
Vohsen, C., 72.
Vollmer, E., 2.
Vohnor, A., 78.
Volpine, G., 19.
Vorschütz 258.
Voss 171.
Vourlond 16.
de Vries 16.
de Vries-Reilingh, D., 128.

Wachholz 99. 100.
Wachsmuth, H., 28.
Wacker, Leonh., 165.
Wälsch, Ludwig, 182.
Wärri, O., 143.
Wagenmann 93.
Wagner 124. 169.
Wagner, Alb., 222*.
Wagner, L., 123.
Wallart, J., 188. 197.
Waller, A. D., 166.
Walter, E., 21.
Wangh, W. F., 28. 35.
Warvfinge, F. W., 104*.
Warmbold, H., 131.
Warnecke 140.
Warnock 27.
Washbourn, J. W., 18.
Wassermann 31. 113. 116. 117. 118. 119. 120. 134. 246.
Waterman, N., 11.
Weber 149.
Weber, R., 170.
Wechselmann 52. 182.
Weibel, Wilhelm, 185.
Weichardt 64.
Weidenreich, Franz, 235.
Weigandt, W., 117. 118.
Weigelin 260.
Weigert 115. 168.
Weil 231.
Weil, E., 53. 117. 118. 176.
Weil, Moritz, 178.
Weill, E., 65.
Weinberg 155.
Weinland 145.
Weischer, Alfred, 189.
Weisenburg 227.
Weiss 102. 226.
Weisser 216.
Weissmann, Alois, 164.
Welcker 216.
Wende, Grover W., 43.
v. Wendt 92. 212.
Wenner, G., 248.
Wernicke 202.
Werth 107. 184. 222.
Wertheim 185. 251.
Wertheim Salomonson 226.
Westergaard, M., 72.
Westphal 124.
Weyl, B., 197.
White, Charles J., 42.
Wicherkiewicz 95.
Wiekham 40.
Widal 157.
Wiegel 92.
Wiens 18.
Wiesel, J., 166.
Wieting 71.
Willebrandt, E. A. v., 143.
Williams 229. 230.
Williams, Tom A., 113.
Wilms 87. 88. 252. 258.
Winckel, Fr. v., 107. 198.
Winkler 43. 44. 47. 48. 229. 231.
Winkler, C., 1. 2.
Winogradoff 153.
Winogradow, A. P., 165.
Winternitz, H., 24.
Winterstein 101*.
Witte 146.
Witthauer, Curt, 199.
Wölfflin, E., 111*.
Wölfler 76.
Wörner 207.
Wohlgemuth, Julius, 145.
Wolbarst 46.
Weldert, Alb., 28. 31.
Wolff 117.
Wolff, Hugo, 260.
Weltemas (Solingen) 1.
Worth, Cl., 94.
Wossidle, E., 166.
Wright 154.
Wrzosek, A., 155.
Wullstein 87.
Wurtz, R., 173.
Wyss, O., 160.

Yakuwa, G., 141.
Yanase, J., 152.
Young 149.
Young, A. de Bord, 127.
Yeung, E. B., 56.

Zacharias, J., 226.
Zacharias, P., 124. 126.
Zangemeister, W., 195. 263*.
Zangger 100.
Zanietowski 226.
Zebrowski, B., 16.
Zebrowski, E. v., 213.
Zeissler, Joh., 246.
Zeisslor, Jos., 42. 179.
Zickel, Georg, 190.
Ziegenspeck, Robert, 56.
Ziehen (Berlin) 168.
Ziemann 3. 4. 99. 117. 122.
Ziemke 101.
Ziermer, Manfred, 140.
Zietzschmann, O., 202.
Zimmermann, Gustav, 152.
Zlatogorow, S. J., 167.
Zöllner, Friedrich, 245.
Zollikofer, R., 248.
Zuntz 145.
Zunz, E., 232.
Zurhelle 254.
Zweifel, P., 249.
Zweig, A., 184.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Dippe in Leipzig. — Verlag von S. Hirzel in Leipzig.
Druck von Otto Wigand m. b. H., Leipzig.

UNIV. OF MICH.
JAN 7 1909

SCHMIDT'S
JAHRBÜCHER
DER
IN- UND AUSLÄNDISCHEN
GESAMMTEN MEDICIN

HERAUSGEGEBEN VON
H. DIPPE
IN LEIPZIG.

Band 300.

Jahrgang 1908. — Heft 12.
No. 900.
Ausgegeben am 10 December 1908.

Inhalt.

A. Originalabhandlungen und Uebersichten.
Riscl. Elektrodiagnostik und Elektrotherapie S. 225.

B. Auszüge.

Medicinische Physik, Chemie u. Botanik. S. 231.
Anatomie und Physiologie. S. 233.
Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. S. 238.
Pharmakologie und Toxikologie. S. 241.
Innere Medicin. S. 246.
Geburtshulfe, Frauen- u. Kinderheilkunde. S. 249.
Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde. S. 256.
Neuropathologie und Psychiatrie. S. 244.

C. Bücheranzeigen. S. 261.

D. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands. S. 265.
Sach- und Namenregister. S. 338.

Verlag von S. HIRZEL in LEIPZIG, Königstrasse 2.

Alle Zuschriften und Sendungen der Jahrbücher sind an die Firma S. Hirzel in Leipzig, Königstrasse 2, zu richten.

Kräftigungsmittel

Professor **Krafft-Ebing** *urteilt: „Ein treffliches und wohlschmeckendes Mastmittel ist chemisch reines, trockenes Malzextrakt, wie es Gehes Fabrik in vorzüglicher Qualität liefert".* Wir bringen dieses Malzextrakt mit einem Gehalt von ca. 90 Proz. löslichen Kohlehydraten unter der Bezeichnung MALTYL „GEHE" in den Verkehr.

Preis: Gläser zu 125,0 250,0 500,0
M. 1.— 1.75 3.—

Gehe & Co., A.-G., Dresden-N.

PROBEN KOSTENFREI!

Bezugspreis.

Schmidt's Jahrbücher erscheinen jährlich in 12 Heften zum Preise von 36 Mk. und sind durch Buchhandlungen und Post, sowie vom Verleger, S. Hirzel in Leipzig, zu beziehen.

Einzelne Hefte kosten 4 Mark.

Anzeigenverwaltung:

Pozsonyi & Berger, Berlin, W. 50
Pragerstrasse 1
und **Wien IX**, Hoerlgasse 5.

Technisches Institut u. Fabrik für

Laboratoriumsbedarf

Dr. Rob. Muencke, Berlin NW. 6, Luisenstr. 58

Neueinrichtung und Ergänzung von Laboratorien für
medicinische Chemie,
Bakteriologie, Mikroskopie und Hygiene.

Specialität: [10]

Bau von Thermostaten, Brutschränken, Sterilisatoren, Harnuntersuchungs-Apparaten, Apparaten für Stoffwechsel- und Blutuntersuchung, Centrifugen.

Consultation und Werkstatt für Neukonstruktion.

Phenacodin

Indicationen: **Migräne,**

Hemikranie Trigeminus-Neuralgie Influenza.

Originalpackung. Gläser mit 10 Tabletten.
Dosis: Bei schweren Kopfschmerzanfällen eine ganze, bei leichteren eine halbe Tablette.

Fabrik pharm. Präparate **Wilh. Natterer München.**

Albin

Hydrozon (H_2O_2) Zahnpasta

Das Wasserstoffsuperoxyd entwickelt bei Berührung mit dem Speichel freies O, welches in statu nascendi ungemein stark desinficirend und desodorisirend wirkt.

Lactagol

specifisches Lactagogum

Ueberraschend prompte Vermehrung, sowohl der Milchmenge, wie des Fett- und Eiweissgehaltes der Milch; meist schon in 1–2 Tagen deutlich nachweisbar.

Vasogen

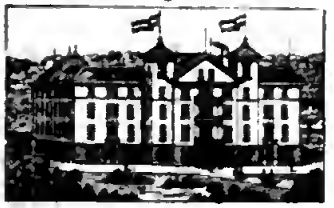
Jodvasogen 6%

Alterprobtes Ersatzmittel für Jodtinctur und Jodkali. Hervorragende Tiefenwirkung. Nicht reizend, die Haut nicht färbend. Bewährt überall, wo Jod indicirt ist. [26]

PEARSON & Co., G. m. b. H., HAMBURG.

Dr. Richard Fischers Kurhaus

für Nerven- und Gemüthskranke, [18]
Privat-Heil- und Pflegeanstalt
Neckargemünd bei Heidelberg.



Comfortabel eingerichtete Heilanstalt.
Gegründet 1898.

In schönster Lage des Neckarthales. In unmittelbarer Nähe des Waldes u. ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie.

— Prospekte frei durch die Direktion. —

Basler Chemische Fabrik, Basel (Schweiz).
Adresse für Deutschland und Österreich-Ungarn:
Leopoldshöhe (Baden).

KRYOFIN schnellstes und sicherstes Antipyreticum und Analgeticum, besonders bei Ischias und sonstigen Neuralgien.

VIOFORM Bester Ersatz des Jodoform, geruchlos und sterilisierbar.

FERRATOGEN (Eisennuclein) unangreifbar im Magensaft, keine Magenbeschwerden verursachend.

SULFUROL Vollkommener Ersatz des Ammonium sulfoichthyolicum.

Literatur, Proben, sowie sonstige Auskunft stehen zu Diensten. (37)

MORPHIUM

Entwöhnung absolut zwanglos und ohne Entbehrungserscheinung. (Ohne Spritze.)
Dr. F. Müller's Schloss Rheinblick, Bad Godesberg a. Rh.
Modernstes Specialsanatorium. Aller Comfort. Familienleben. Prosp. frei. Zwanglos. Entwöhn. v.

ALKOHOL

[21]

Zu kaufen wird gesucht:
Schmidts Jahrbücher der ges. in- u. ausländ. Medicin Bd. 1–288 mit Supplmtn. u. Registern komplett, sowie die Bde. 6, 7 und das Register über die Bde. 41–84 apart. – Offerten unter **L. O. 3704** an **Rodolf Mosse, Leipzig** erbeten. (40)

In allen Apotheken

E. MECHLING'S CHINA-EISENBITTER

Hervorragendes Eisenmittel. Ausgezeichnetes Stomachicum.
Bitte bei Ordination stets den Namen „E. Mechling" angeben. Proben und Litteratur kostenfrei.
E. Mechling, pharm. Präp., Mülhausen i. E.

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE VERLAGSANSTALT, G. m. b. H., BERLIN SW. 48
(S. Schottlaenders Schlesische Verlagsanstalt, G. m. b. H., Berlin und Leonhard Simion Nf., Berlin).

ZEITSCHRIFT FÜR BALNEOLOGIE
KLIMATOLOGIE UND KURORT-HYGIENE

herausgegeben von

San.-Rat Dr. Graeffner und Dr. Kaminer.

Organ des deutschen Ausschusses für die gesundheitlichen Einrichtungen in Kur- und Badeorten.

Bezugsbedingungen: Die „Z. f. B." erscheint monatlich und kostet jährlich M. 8.— exkl. Porto. Die Zeitschrift ist zu beziehen durch jede Buchhandlung und Postanstalt.

Probenummern unentgeltlich direkt vom Verlage

Berlin SW. 48, Wilhelmstr. 121.

Anzeigenverwaltung: Pozsonyi & Berger, Berlin W. 50 und Wien IX.

VORZUGS-OFFERTE an die MEDIZINISCHE FAKULTÄT.

Bei direktem Versandt ohne Zwischenhandel bin ich in der Lage Ihnen meine Echte Madonna Eau de Cologne in unübertroffener Qualität, wie folgt anzubieten.

Postversand franko in Kistchen
von 6 Original ¼ Flaschen M. 6.50
„ 12 „ „ „ 12.—
gegen Nachnahme oder Einsendung mit Bestellung.

Hochachtungsvoll
JOHANN MARIA FARINA
ZUR MADONNA

Destillirer des Echten Köln. Wassers
Köln am Rhein.
Abt. für Versandt.
Beethovenstrasse 10.

Bitte Bestellkarte abtrennen und unter Umschlag einsenden.

S. J. 8.

Herrn
Johann Maria Farina
zur Madonna
Köln.

Senden Sie mir gefl. gemäss Ihrer Vorzugs-Offerte franco

1 Kistchen à 6/1 Flaschen Mk. 6,50
1 „ à 12/1 „ „ 12,—

Nicht Gewünschtes gefl. durchstreichen

Echte Madonna Eau de Cologne
gegen Nachnahme des Betrages
Betrag folgt per Postanweisung

Unterschrift:
(gefl. recht deutlich)

— Arzt — Klinik — Hospital —

[29]

190

Inhalt des siebenten Heftes.

A. Originalabhandlungen und Uebersichten.

Müller. Jahresbericht über die neueren Leistungen auf dem Gebiete der Hydro-, Balneo-, Klimato- und Phototherapie. S. 1.
Wagner. Neuere Beiträge zur Nierenchirurgie. (Fortsetzung.) S. 18.

B. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

Nr. 1. *Zetsche*. Beiträge zur Kenntniss der organischen Bestandtheile des Serum. S. 32.
2. *Seligmann*. Beiträge zur Frage der sogen. „Complementbindung". S. 32.
3. *Beehhold*. Die elektrische Ladung von Toxin und Antitoxin. S. 32.
4. *Kohler*. Zur Frage der quantitativen Eiweissbestimmung mit Hilfe der elektrischen Leitfähigkeit. S. 33.
5. *Meyer*. Ueber den Einfluss einiger Eiweisskörper und anderer Colloide auf die Hämolyse. S. 33.
6. *Pfaundler* u. *Moro*. Ueber hämolytisches Complement in der Frauenmilch. S. 33.
7. *Labbé* u. *Pepin*. Ueber auf Darmfäulniss deutende Substanz in der Säuglingsmilch. S. 33.
8. *Tangl*. Die elementare Zusammensetzung der verschiedenen Caseine. S. 33.

II. Anatomie und Physiologie.

9. *Stoeltzner*. Die zweifache Bedeutung des Calciums für das Knochenwachsthum. S. 33.
10. *Alrutz*. Die Kitzel- und Juckempfindungen. S. 33.
11. *van den Broek*. Untersuchungen über den Bau des sympathischen Nervensystems der Säugethiere. S. 34.
12. *Köster*. Trophische Störungen nach Durchschneidung hinterer Wurzeln. S. 34.
13. *Rothmann*. Ueber die physiologische Werthung der cortico-spinalen (Pyramiden-) Bahn. S. 34.
14. *Bernheimer*. Zur Kenntniss der Gudden'schen Commissur. S. 34.
15. *Trendelenburg* u. *Bumke*. Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Bach-Meyer'schen Pupillencentren in der Medulla oblongata. S. 34.
16. *Potimanti*. Ueber die Pupillenbewegungen. S. 35.
17. *Elschnig* u. *Lauber*. Ueber die sogenannten Klumpenzellen der Iris. S. 35.
18. *Wolfrum*. Beiträge zur Anatomie und Histologie der Aderhaut beim Menschen und bei höheren Wirbelthieren. S. 35.
19. *Weiss*. Wie ist die vermehrte Purpurfärbung in der Sehleiste der Kaninchennetzhaut zu erklären? S. 35.
20. *Chevallereau* u. *Polack*. Ueber die gelbe Farbe der Macula. S. 35.

SANATOGEN

bewirkt

Ansatz von Eiweiss und Phosphor. Erhöhung der Oxydations-Energie. Anregung des Stoffwechsels und ist daher das wirksamste Kräftigungsmittel. Den Herren Aerzten stehen auf Wunsch Proben und Literatur zu Diensten.

Bauer & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin SW. 48.

[30]

Mit einer Beilage von **Th. Griebens Verlag (L. Fernau) in Leipzig,** betreffend die neue Auflage von: Ploss-Bartels. Das Weib in der Natur- und Völkerkunde.

Biliner SAUERBRUNN

Hervorragender Repräsentant der alkalischen Säuerlinge.

Altbewährte Heilquelle für Nieren-, Blasen-, Harn-, Darm- und Magenleiden, Gicht, Bronchialkatarrh, Hämorrhoiden, Diabetes etc.

Vortreffliches diätetisches Getränk.

Analyse von Prof. Dr. Gintl, Landes-Chemiker:

in 10.000 Teilen Wasser: **33.1951 kohlensaures Natron.** Summa der festen Bestandteile: 52.5011. Halbgebundene Kohlensäure: 16.4077. Gesamte Kohlensäure: 55.1737. Temperatur der Quellen: 10·1 bis 11° C.

KURANSTALT SAUERBRUNN-BILIN

mit allem Komfort ausgestattet.

Wannen-, Dampf-, elektr. Wasser- und Licht-Bäder, Kaltwasser-Heilanstalt, Massage,

vollständig eingerichtet.

Inhalatorium: Zerstäuben von Flüssigkeiten durch Luftdruck, (System Clar) in Zellen für je 1 Person. Pneumatische Kammer.

[19] **Brunnenarzt Med. Dr. Ferdinand Vogel.**

— Biliner Verdauungszeltchen. —

PASTILLES de BILIN

vorzügliches Mittel bei Sodbrennen, Magenkatarrhen, Verdauungsstörungen überhaupt.

Depôts in allen Mineralwasserhandlungen, Apotheken und Droguenhandlungen.

Brunnen-Direktion in Bilin (Österr. Böhmen).

21. *Schäfer.* Vergleichend-physiologische Untersuchungen über die Sehschärfe. S. 35.
22. *Rachlmann.* Zur Theorie der Licht- und Farbenempfindung auf anatomisch-physikalischer Grundlage. S. 36.
23. *Müller-Freienfels.* Zur Theorie der Gefühlstöne der Farbenempfindungen. S. 36.
24. *Kries* u. *Schottelius.* Beitrag zur Lehre vom Farbengedächtniss. S. 37.
25. *Nyman.* Studien über die Reaktionszeiten für das hell- und dunkeladaptirte Auge. S. 37.
26. *Vaughan* u. *Boltunow.* Ueber die Vertheilung der Empfindlichkeit für farbige Lichter auf der helladaptirten Netzhaut. S. 37.
27. *v. Stily.* Zum Studium des Bewegungsnachbildes. S. 37.
28. *v. Reuss.* Ueber eine optische Täuschung. S. 38.

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

29. *Eisenberg.* Ueber neue Wege und neue Probleme in der Immunitätslehre. S. 38.
30. *Levy* u. *Granström-Woskoboinikow.* Ueber die Infektion begünstigende, aggressinartige Wirkung der Filtrate junger Bouillonculturen. S. 38.
31. *Weil.* Das Hühnercholeraaggressin und seine Wirkungsweise. S. 38.
32. *Pettersson.* Weitere Untersuchungen über die Bedeutung der Leukocyten für die Immunität. S. 38.
33. *Bienenfeld.* Das Verhalten der Leukocytose bei der Serumkrankheit. S. 39.
34. *Konrádi.* Ist die erworbene Immunität vererbbar? S. 39.
35. *Sohma.* Ueber das Verhalten der Hämotropine immunisirter Mütter und deren Jungen. S. 39.
36. *v. Eisler* u. *Sohma.* Untersuchungen über den Opsoningehalt des Blutes gesunder, immunisirter Mütter und Neugeborener. S. 39.
37. *Schneider.* Ueber die Präexistenz des Alexins im cirkulirenden Blute. S. 39.
38. *Fukuhara.* Experimentelle Beiträge zur Antikörperbildung bei immunisirten Thieren. S. 39.
39. *Meyer.* Ueber die phagocytosebefördernden Substanzen des Blutserums. S. 39.
40. *Lerda.* Ueber die Prophylaxis der chirurgischen Infektionen vermittelst präventiver Immunisirung. S. 40.
41. *Bernbach.* Ueber Pyocyanase. S. 40.
42. *Markl.* Ueber die Antikörper des Meningococcus. S. 40.
43. *Bächer.* Bakteriolytisches Serum gegen Vibrionen ohne bakteriotrope Wirkung. S. 40.
44. *Kraus* u. *Russ.* Ueber Toxine und Antitoxine des Choleravibrio. S. 40.
45. *Burk.* Untersuchungen über Bakterien der Coligruppe. S. 40.
46. *Fermi.* Immunisirende Wirkung der normalen Hirnsubstanz verschiedener Thiere und immunisirende, lyssicide und baktericide Wirkung des Cholesterins und des Lecithins. S. 40.
47. *Fermi.* Ueber die immunisirende Kraft der normalen Nervensubstanz, verglichen mit der Wuthnervensubstanz, der Wuth gegenüber. S. 40.
48. *Neisser.* Einiges über angewandte Bakteriologie. S. 41.
49. *Bachrach* u. *Bartel.* Ueber den Einfluss der Hefenucleinsäure auf die Virulenz menschlicher Tuberkelbacillen. S. 41.
50. *Suess.* Ueber die differentialdiagnostischen Färbemethoden der Perlsuchtbacillen nach Spengler. S. 41.

KREWEL & CO. :: G. m. b. H.

Liquor Sanguinalis Krewel
(flüssiges Sanguinal)
neue wohlschmeckende, sehr bekömmliche Darreichungsform des seit vielen Jahren in Gestalt der Sanguinalpillen bei
Anämie und Chlorose bestbewährten Blut-Eisenpräparates

SANGUINAL

Kombinationen des Liquor Sanguinalis mit Extr. Malti, Lezithin, Vanadinpentoxyd, ferner
Sanguinal-Lebertran-Emulsion
wohlschmeckend, leicht verdaulich, blutbildend, kräftigend
empfohlen bei: **Rachitis, Skrofulose, Tuberkulose, Schwächezuständen.**

Proben gratis.

[16]

Chemische Fabrik :: Köln a. Rh.

51. *Fritzsche.* Experimentelle Untersuchungen über biologische Beziehungen des Tuberkelbacillus zu einigen anderen säurefesten Mikroorganismen und Aktinomyceten. S. 41.
52. *Dieterlen.* Ueber das Aufwärtswandern der Bakterien im Verdauungskanale und seine Bedeutung für die Infektion des Respirationstractus. S. 41.
53. *Calmette, Guérin* u. *Breton.* Experimentelle Tuberkulose bei Meerschweinchen. S. 41.
54. *Lubenau.* Experimentelle Staubinhalationskrankheiten der Lungen. S. 41.
55. *Uffenheimer.* Die Knötchenlunge. S. 42.
56. *Eiselt.* Zur Aetiologie der fibrinösen Bronchitis. S. 42.
57. *Sandoz.* Ueber zwei Fälle von „fötaler Bronchektasie". S. 42.
58. *Hallé.* Bronchialerweiterungen mit syncytialer Bekleidung. S. 42.
59. *Miller.* Amyloidstruma mit Amyloid der Luftwege. S. 43.
60. *Taddei.* Zur Pathogenese der Cystenniere. S. 43.

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

61. *Müller.* Zur Serumbehandlung des Puerperalfiebers. S. 43.
62. *Poenaru-Caplescu.* Ueber ein neues Mittel zur Behandlung des Puerperalfiebers. S. 43.
63. *Jerie.* Die Serotherapie des Tetanus. S. 43.
64. *Stern.* Ueber antiseptische Beeinflussung von Galle und Harn durch innere Anwendung von Desinficientien. S. 43.
65. *Celli.* Chinintannat in Fällen von idiosynkrasischer, selbst hämoglobinurischer Intoleranz gegen in Wasser lösliche Chininsalze. S. 43.
66. *Zwintz.* Ein Beitrag zur Kenntniss der Wirkungsweise des Jodkaliums. S. 44.
67. *Determann.* Das Verhalten der Blutviscosität bei Joddarreichung. S. 44.
68. Sajodin und Jothion. (Zusammenstellung.) S. 44.
69. *Schramm.* Ueber die intramuskuläre Anwendung eines neuen arsen- und phosphorhaltigen Eisenpräparates. S. 44.
70. *Weissmann.* Ueber Rhachisan, ein neues Antirachiticum. S. 44.
71. Alypin. (Zusammenstellung.) S. 44.
72. *Reicher.* Chemisch-experimentelle Studien zur Kenntniss der Narkose. S. 45.
73. *Roith.* Zur Indikationsstellung für die verschiedenen Anästhesirungsverfahren. S. 45.

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

74. *Conzen.* Ueber die Bedeutung des Achillessehnenreflexes. S. 45.
75. *de Montyel.* Reflex der Iris bei allgemeiner Paralyse. S. 45.
76. *Wassermeyer.* Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. S. 46.
77. *Abelsdorff.* Ueber einseitige reflektorische Pupillenstarre als Theilerscheinung der Oculomotoriuslähmung. S. 46.
78. *Liepmann* u. *Mans.* Fall von linksseitiger Agraphie und Apraxie bei rechtsseitiger Lähmung. S. 46.
79. *Redlich* u. *Bonvicini.* Ueber das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei Hirnkrankheiten. S. 46.
80. *Janet.* Sehstörung bei binocularem Sehen. S. 47.
81. Einige neuere Arbeiten über Hysterie. (Zusammenstellung.) S. 47.

191. *Weil* u. *Thévenot*. Der Eingeweiderheumatismus bei Kindern. S. 65.
192. *Goetz*. Zur Behandlung der Sommerdurchfälle der Kinder. S. 65.
193. *Feer*. Der Einfluss der Blutsverwandtschaft der Eltern auf die Kinder. S. 65.

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

194. *Bier*. Ueber einen neuen Weg, Lokalanästhesie an den Gliedmaassen zu erzeugen. S. 65.
195. *Rimann*. Zur künstlichen Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg. S. 66.
196. *Frangenheim*. Die Wirkung der Bindenstauung im Thierexperiment. S. 66.
197. *Blecher*. Ueber die Behandlung akut entzündlicher Erkrankungen mit künstlicher Hyperämie. S. 66.
198. *Heinrichsen*. Ueber die Behandlung akuter und subacuter Eiterungen mit Stauungshyperämie nach Bier. S. 66.
199. *Baetzner*. Zur Behandlung der Arthritis gonorrhoica der grossen Gelenke mittels Stauungshyperämie. S. 66.
200. *Lichtenberg*. Allgemeine Betrachtungen über die Eintheilung und Verhütungsmöglichkeit der postoperativen Lungencomplikationen. S. 67.
201. *Ranzi*. Ueber postoperative Lungencomplikationen embolischer Natur. S. 67.
202. *Protopopow*. Zur Frage der postoperativen Pneumonien. S. 67.
203. *Morel*. Ueber Parotitis nach Operationen. S. 67.
204. *Severeanu* u. *Jianu*. Versuche zur Behandlung der Neubildungen durch lymphatische Stase: die Ligatur des Bogens des Ductus thoracicus und die Ligatur der Pequet'schen Cisterne. S. 68.
205. *Creite*. Zur Therapie des äusseren Milzbrandes. S. 68.
206. *Schwarz*. Zur Frage der Behandlung des äusseren Milzbrandes beim Menschen. S. 68.
207. *Teller*. Zur Behandlung des Decubitus. S. 68.
208. *Klemm*. Die chirurgische Behandlung der Verbrennungscontrakturen der Hand und Finger durch Wanderlappen-Fernplastik. S. 68.
209. *Borchard*. Zur Frage der conservativen Operationsmethoden bei den Sarkomen der langen Röhrenknochen. S. 68.
210. *Goebel*. Ueber congenitales Femursarkom, geheilt durch operative und Röntgenbehandlung, nebst Bemerkungen über congenitale maligne Tumoren. S. 68.
211. *Ritter*. Zur Diagnose der Knochenechinokokken. S. 69.
212. *Meurers*. Erfahrungen über die Jodoformknochenplombe nach v. Mosetig-Moorhof. S. 69.
213. *Teleky*. Zur Therapie der Phosphornekrose. S. 69.
214. *Barth*. Ueber Osteoplastik. S. 70.
215. *Lexer*. Die Verwendung der freien Knochenplastik nebst Versuchen über Gelenkversteifung und Gelenktransplantation. S. 70.
216. *Miyata*. Beiträge zum Capitel der totalen Scalpirung. S. 70.
217. *Mandry*. Rhinoplastik mittels direkter Einpflanzung eines Hautperiostknochenlappens aus der Schlüsselbein-Schultergegend. S. 70.
218. *Joseph*. Die Correktur der Schiefnase. S. 70.
219. *Wieting*. Ueber den Nutzen und die Gefahren der der ein- und doppelseitigen Oberkieferresektion vorausgeschickten Carotisunterbindung. S. 71.
220. *Heller*. Beitrag zur Methodik der Unterkieferresektionen. S. 71.
221. *König*. Weitere Erfahrungen über Kiefersatz bei Exartikulation des Unterkiefers. S. 71.
222. *Petrivalsky*. Die congenitale Gaumenspalte. S. 71.
223. *Mayrhofer* u. *Ballner*. Bakteriologische Nachprüfung der zahnärztlichen Therapie der Pulpagangrän. S. 71.
224. *Brunk*. Ueber Operation von tiefliegenden Zungenabscessen. S. 71.
225. *Kühner*. Ueber die Epulis und die Resultate ihrer Behandlung. S. 71.
226. *Hagenbach*. Symmetrische Lymphangiome der Mundspeicheldrüsen. S. 72.
227. *Vohsen*. Operation bösartiger Mandelgeschwülste. S. 72.
228. *Westergaard*. Ueber Nervenläsionen bei Drüsenexstirpation am Halse. S. 72.
229. *Davidson*. Ueber die Nervenpfropfung im Gebiete des N. facialis. S. 72.
230. *Pascale*. Chirurgischer Eingriff bei traumatischer Facialislähmung. S. 73.
231. *Negroni*. Zur Casuistik der Resektion des vaskulonervösen Bündels am Halse. S. 73.
232. *Erdheim*. Ueber Cysten und Fisteln des Ductus thyreoglossus. S. 73.
233. *Stumme*. Akromegalie und Hypophyse. S. 73.
234. *König*. Ueber die Behandlung der durch Lungenverletzung bei subcutanen Rippenbrüchen entstandenen Complikationen. S. 73.
235. *Küttner*. Zur Behandlung schwerer Schussverletzungen der Lunge mit primärer Naht. S. 73.
236. *Perthes*. Zur operativen Behandlung des chronischen Lungenabscesses. S. 74.
237. *Braun*. Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der Rückenmarksschüsse. S. 74.
238. *Ringel*. Zur Casuistik der angeborenen Nabelschnurbrüche (Ectopia viscerum). S. 74.
239. *Eschenbach*. Zur chirurgischen Behandlung der Nabelhernien. S. 74.
240. *Esau*. Ueber die Radikaloperation der Nabelbrüche. S. 75.
241. *Brenner*. Radikaloperation der Nabelbrüche durch Lappendoppelung. S. 75.
242. *Ruotte*. Radikalkur der Hernia inguinalis beim Kinde. S. 75.
243. *v. Baraçz*. Ein Beitrag zur Kenntniss und Aetiologie der seitlichen Bauchhernien (Pseudohernien). S. 75.
244. *Hahn*. Die Radikaloperation der Ueberhernien mit Hülfe der systematischen Dehnung der Bauchdecken. S. 75.
245. *Lindenstein*. Zur Lehre von der Hernia epigastrica. S. 76.
246. *Fromme*. Ueber einen Fall von Hernia retroperitonealis anterior sinistra incarcerata. S. 76.
247. *Köppl*. Beiträge zur Kenntniss und Casuistik der Hernia ischiadica an der Hand des ersten radikal operirten und geheilten Falles. S. 76.
248. *Bardescu*. Die Leistenmethode in der Operation der Schenkelbrüche. S. 76.
249. *Noetzel*. Zur Therapie der Pankreatitis. S. 76.
250. *Gnleke*. Ueber die experimentelle Pankreasnekrose und die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen. S. 77.
251. *Brewitt*. Zur Operation der akuten Pankreashämorrhagien. S. 77.
252. *Heineke*. Ueber Pankreasruptur. S. 77.
253. *Dreifuss*. Beiträge zur Pankreaschirurgie. S. 78.
254. *Arnsperger*. Zur Differentialdiagnose des Ikterus. S. 78.
255. *Arnsperger*. Die chirurgische Bedeutung des Ikterus. S. 78.
256. *Dreesmann*. Beitrag zur Kenntniss der congenitalen Anomalien der Gallenwege. S. 78.
257. *Volmer*. Ein Adenomyofibrom in der Wand des Ductus choledochus. S. 78.
258. *Pels-Leusden*. Ueber papilläre Wucherungen in der Gallenblase und ihre Beziehungen zur Cholelithiasis und zum Carcinom. S. 78.
259. *Ehrhardt*. Beiträge zur pathologischen Anatomie und Klinik des Gallensteinleidens. S. 79.

Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

Deutsche Erfindung 20927 v. 10. Juni 1882

(in der kgl. Universitats-Kinderpoliklinik zu Munchen, Reisingerianum, fortwahrend in Anwendung) [4]

Extract-Syrup u. Pastillen

ist ein ausgezeichnetes Mittel gegen **Bleichsucht** und **Blutarmut** fur Erwachsene, aber auch fur schwachliche Kinder zur Kräftigung. Herr Dr. Wacker, früher Arzt an der kgl. Kinderpoliklinik zu Munchen, jetzt prakt. Arzt in Munchen, Blumenstrasse 30 II, hat die Güte, Auskunft zu erteilen. Vorzugliche Zeugnisse. — En gros: **Ludwigs-Apotheke.** Vorrätig in den meisten Apothcken.

Preis à 1 Mark 60 Pf. und à 3 Mark.

Man achte auf die Bezeichnung

„Dr. Pfeuffers Hämoglobin".

Prof. Dr. Soxhlet's **Nähr-präparate:**

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu 1,50 M.

Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu 1.80 M.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt 1.80 M.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt 2.— M.

Leicht verdauliche Eisenpräparate, klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.

Den H.H. Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.

Nährmittelfabrik München, G.m.b.H., in Pasing bei München. [3]

Collargol Ungiftiges Mittel zur **Wundbehandlung** (Streupulver, Tabletten, Spulungen). Wegen seiner Reizlosigkeit, absolut ungefährlichen und schmerzlosen Anwendung ist Collargol indiziert zur Behandlung **infektiöser Augenerkrankungen, Gonorrhöe, Cystitis.** Sehr wirksam und vielfach erprobt bei allen Allgemein- und Lokalinfektionen durch **Gonokokken.**

Xeroform Xeroform bringt **Ulcus cruris,** auch **veraltete Fälle,** rasch zur Heilung und Überhäutung, beseitigt die Sekretion, stillt Schmerzen und Juckreiz. Bei **nässenden Ekzemen** wirkt das absolut reizlose Xeroform stark austrocknend und desodorisierend.

Sulfidal Wasserlöslicher (kolloidaler) Schwefel. Wirksamer als der gewöhnliche Schwefel bei **Seborrhöe, Acne** etc.; in allen Zubereitungen geruchlos, vom behaarten Kopf leicht abwaschbar,

Salit Schnell schmerzstillendes und heilendes **Einreibemittel** bei **Rheumatosen** (Muskelrheumatismus, akute Neuralgien, Tendosynovitis, rheumat. Pleuritis). Salit wird unverdünnt von der Haut vertragen. Keinerlei Nebenwirkungen.

Novargan Novargan ermöglicht eine **intensiv bakterizide Therapie** der **Gonorrhöe,** da es wegen seiner Reizlosigkeit auch in verhältnismäßig hohen Konzentrationen angewandt werden kann.

Acoin-Öl, (Sol. oleos. Acoin. bas.), bewirkt sofortige, **anhaltende Schmerzlosigkeit** bei schmerzhaften Augenleiden und bei Ätzungen **ohne jede Nebenwirkung auf das Auge.**

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

508. *Jores.* Ueber die Beziehungen der Schrumpfniere zur Herzhypertrophie vom pathologisch-anatomischen Standpunkte. S. 162.
509. *Giani.* Neuer experimenteller Beitrag zur Entstehung der Cystitis cystica. S. 162.
510. *Saltykow.* Zur Histologie der Ependymitis granularis. S. 163.
511. *Kössa.* Ueber die Natur der toxischen Gicht. S. 163.

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

512. *Jacoby* u. *Schütze.* Ueber den Wirkungsmechanismus von Arsenpräparaten auf Trypanosomen im thierischen Organismus. S. 163.
513. *Friedberger.* Ueber die Behandlung der experimentellen Nagana mit Mischungen von Atoxyl und Thioglykolsäure. S. 163.
514. *Laveran* u. *Thiroux.* Ueber die Behandlung der Trypanosomiasis. S. 164.
515. *Herford.* Sehstörungen nach Atoxyl-Anwendung. S. 164.
516. *Blumenthal* u. *Herschmann.* Biochemische Untersuchungen über die p-Jodphenylarsinsäure. S. 164.
517. Jodpräparate. (Zusammenstellung.) S. 164.
518. *Hempel.* Jodkalitherapie bei Eiterungen der Nasennebenhöhlen. S. 164.
519. *v. Mering.* Ueber Sabromin, ein neues Brompräparat. S. 164.
520. *Kalischer.* Sabromin, ein neues Brompräparat. S. 165.
521. *Togami.* Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Broms auf die Magensaftsekretion. S. 165.
522. *Emmert.* Ueber die Wirkung subcutan einverleibten Adrenalins. S. 165.
523. *Winogradow.* Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Medikamente auf die Gallensekretion. S. 165.
524. *Korte.* Ein neues Phosphorleberthranöl. S. 165.
525. *Wacker.* Ueber die Wirkung der Saponinsubstanzen, S. 165.
526. *Varrier-Jones.* Wirkung des Strychnins auf die Muskelthätigkeit. S. 165.
527. *Santesson.* Ueber die Wirkung von Cocain und Stovain auf die Nervenfaser. S. 166.
528. *Waller.* Chloroformwage. S. 166.
529. *Schur u. Wiesel.* Ueber das Verhalten des chromaffinen Gewebes bei der Narkose. S. 166.
530. *Wossidlo.* Experimentelle Untersuchungen über Veränderungen der Nissl'schen Granula bei der Lumbalanästhesie. S. 166.
531. *Haškovec.* Experimentelle Studien über die Wirkung des Alkohols. S. 166.
532. *Pringsheim.* Chemische Untersuchungen über das Wesen der Alkoholtoleranz. S. 166.
533. *Zlatogorow.* Lysoform als Desinficiens. S. 167.
534. *Töpfer.* Morbicid, ein neues Desinfektionsmittel. S. 167.
535. *Gribinouk.* Ueber die desinficirende Kraft eines Gemenges aus Terpentinöl, Phenolsäure, Naphtalin und Schwefeläther. S. 167.
536. *Bukorský.* Der Werth der Silbersalze in der Therapie der Gonorrhöe. S. 167.
537. *Nicolescu.* Das Santyl-Knoll bei der Behandlung der Blennorrhöe. S. 167.
538. *Lohnstein.* Ueber Tropfendosirung und ihre physikalischen Grundlagen. S. 167.
539. *Harnack.* Ueber die Missstände in der Heilmittelproduktion unter besonderer Berücksichtigung der Pyrenolfrage. S. 168.

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

540. *Nikitin.* Ueber den Bechterew'schen „Bougereflex der Zehen". S. 168.
541. *Nambu.* Ueber die Genese der Corpora amylacea des Centralnervensystems. S. 168.
542. *Ziehen.* Beziehungen zwischen angeborenen Muskeldefekten. infantilem Kernschwund und Dystrophia muscularis progressiva infantilis. S. 168.
543. *de Pouthière.* Ursprung der Chorea im Nasopharynx. S. 168.
544. *Sil.* Ueber ophthalmoplegische Migräne. S. 168.
545. *Hochhaus.* Ueber Hirnerkrankungen mit tödtlichem Ausgang ohne anatomischen Befund. S. 168.
546. *Tilmann.* Anatomische Befunde bei Epilepsie nach Trauma. S. 169.
547. *Phleps.* Die diagnostische Verwerthung der Schalleitungsveränderungen des Schädels bei intra- und extracraniellen Herderkrankungen. S. 169.
548. *v. Hippel.* Die Palliativtrepanation bei Stauungspapille. S. 169.
549. Ueber Tumoren. (Zusammenstellung.) S. 169.
550. *Gobiet.* Beiträge zur Hirnchirurgie. S. 169.
551. *Weber.* Veränderungen des Gehirngewebes bei S. 170.
552. *Schüller.* Die röntgenographische Darstellung der diploëtischen Venenkanäle des Schädels. S. 170.
553. *Thomayer.* Zur Diagnostik der Rückenmarkstumoren. S. 170.
554. *Müller.* Ueber akute Paraplegien nach Wuthschutzimpfungen. S. 170.
555. *Marinesco* u. *Minea.* Zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Tabes. S. 171.
556. *Müller.* Congenitale Lues und progressive Paralyse. S. 171.
557. *Strohmayer.* Zur Kritik der Feststellung und der Bewerthung psychoneurotischer erblicher Belastung. S. 171.
558. *v. Bechterew.* Was ist Hypnose? S. 171.
559. *Voss.* Zur Aetiologie der Dämmerzustände. S. 171.

Santyl
[22/2]
Neutraler Salizylester des Santalols.
Wirklich reizloses und geschmackfreies
Balsamikum
zur internen Gonorrhoebehandlung,
schmerzstillend
unaphrodisierend
sekretionsbeschränkend.
Dosierung: 3 mal täglich 25 Tropfen oder 3—4 mal täglich 2 Kapseln.
Rp. 1 Originalflasche Santyl (Knoll) zu 15 g
od. 1 Originalschachtel Santyl-Kapseln (Knoll) No. XXX.
KNOLL & Co., Ludwigshafen am Rhein.
Literatur und Proben kostenlos.

Digitized by Google

Rademanns Diabetiker:
Weißbrot, Schwarzbrot, Grahambrot, Mandelbrot, Zwieback, Mehl, Kakao etc. Fruchtsäfte ohne Zucker
Rademanns Diabetiker:
Früchte entzuckert und Früchte im eigenen Saft.
Rademanns Diabetiker:
Mosel-, Rhein- und Bordeaux-Weine, Sekt, Kognak.
Rademanns Kindermehl

Rademanns Kindernährmittel:
Hafermehl, Haferkakao, Nährzwieback, Milchzucker, Nährbiskuits etc.
Rademanns diätet. Fabrikate
für Magen- und Darmkranke, Blutarme, Rekonvaleszenten, Nähr-Toast, Milch-Eiweiß, Nähr-Gries.
Rademanns sterilisiert. Rahm
Rademanns Friedrichsdorfer Zwieback

Ausführliche Kataloge gern gratis und franko zu Diensten. [34]

Rademanns Nährmittelfabrik, Frankfurt a. M. Berlin-Charlottenburg.

560. *Thomsen.* Wahnbildung und Paranoia. S. 171.
561. *Knapp.* Jahre lange Simulation eines Verblödungszustandes. S. 171.
562. *Aschaffenburg.* Künstliche Gehörtäuschungen bei Delirium tremens. S. 172.
563. *Aschaffenburg.* Das Greisenalter in forensischer Beziehung. S. 172.

VI. Innere Medicin.

564. *Pacchioni* u. *Franciosi.* Bakteriologische Untersuchungen über Masern. S. 172.
565. *Preysing.* Ueber den Durchbruch von Siebbein- und Stirnhöhlenempyemen in die Orbita, eine typische Complikation bei Scharlach. S. 172.
566. *Kauffmann.* Die Appendix bei Scharlach. S. 172.
567. *Nenninger.* Gelenkrheumatismus und Herzerkrankungen. S. 173.
568. *de Josselin de Jong.* Ein Fall von Meningitis gonorrhoica. S. 173.
569. *Danziger.* Ueber Vaccina generalisata. S. 173.
570. *Kieseritzky.* Die Blutzusammensetzung bei der Febris recurrens. S. 173.
571. *Reyher.* Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Rheumatismus nodosus. S. 173.
572. *Kraiouchkine.* Präventivimpfungen wegen Hundswuth. S. 173.
573. *Thiroux, Wurtz* u. *Teppaz.* Ueber Schlafkrankheit und Trypanosomiasis bei Thieren. S. 173.
574. *Verdier.* Die Leishmaniosen. S. 173.
575. *Obermeyer* u. *Popper.* Ueber den Nachweis von Gallenfarbstoff und dessen klinische Bedeutung. S. 174.
576. *Fischler.* Ueber die Wichtigkeit der Urobilinurie für die Diagnose von Leberaffektionen. S. 174.
577. *Chauffard.* Pathogenie des Ikterus bei Erwachsenen. S. 174.
578. *Reichmann.* Zur Aetiologie, Anatomie und Diagnose der akuten Leberatrophie. S. 174.
579. *Secchi.* Ueber sekundäre Lebersyphilis. S. 174.
580. *Rimpau* u. *Loewenthal.* Befunde von Darmparasiten im Körper ausserhalb des Darmes (Heterotopie). S. 175.
581. *Dunger.* Ueber akute nichteitrige Thyreoiditis. S. 175.
582. *Krämer.* Blutuntersuchungen in verschiedenen peripheren Gefässprovinzen bei Cirkulationsstörungen. S. 175.
583. *Čech.* Die Blutconcentration bei Cyanose und Herzfehlern. S. 175.
584. *Bence* u. *Engel.* Ueber Veränderung des Blutbildes bei Myxödem. S. 175.
585. *Morawitz* u. *Lossen.* Ueber Hämophilie. S. 175.
586. *Labbé.* Ueber Hämophilie. S. 175.
587. *Weil.* Hämostase bei Hämophilen. S. 176.
588. *Pehuet.* Das Stokes-Adams'sche Syndrom. S. 176.
589. *Thomayer.* Zur diagnostischen Bedeutung des Cheyne-Stokes'schen Athmens. S. 176.
590. *Diem.* Ueber das Vorkommen mydrintisch wirkender Substanzen im Harn. S. 176.
591. *Hirsch.* Zur Frage der Cylindrurie ohne gleichzeitige Albuminurie. S. 176.
592. *Casper* u. *Engel.* Ueber einen Versuch, die chronische Nierenentzündung serotherapeutisch zu beeinflussen. S. 177.
593. *Bittorf.* Zur Pathologie des Wasser- und Salzstoffwechsels. S. 177.
594. *Hopmann.* Die Furcht vor Mandeloperationen. S. 177.
595. *Veckenstedt.* Der Kopfschmerz als häufige Folge von Nasenleiden und seine Diagnose. S. 177.
596. *Cartaz.* Vasomotorische Störungen des Gesichts. S. 177.
597. *Heermann.* Ein einfaches Verfahren, die Ansaugung der Nasenflügel zu beseitigen. S. 178.
598. *Weil.* Bemerkungen über die Anwendung der Sangtherapie bei Naseneiterungen. S. 178.
599. *Hajek* Ueber die Indikationsstellung zu den radikalen Eingriffen bei der entzündlichen Erkrankung der Nasennebenhöhlen. S. 178.
600. *Citelli.* Ueber eine neue Behandlungsmethode der chronischen Stirnhöhleneiterungen. S. 178.
601. *Gräffner.* Larynx und multiple Sklerose. S. 178.
602. *Körner.* Ein Vergleich der klinischen Erscheinungen bei Kern- und Stammlähmungen des Vagus-Recurrens und des Oculomotorius als Beitrag zur Kritik des sogen. Rosenbach-Semon'schen Gesetzes. S. 178.
603. *Gutzmann.* Stimme und Sprache ohne Kehlkopf. S. 179.
604. *Pusey.* Kohlensäureschnee zur Behandlung von Hautkrankheiten. — *Zeisler.* Ueber die therapeutische Verwendung von flüssiger Luft und flüssiger Kohlensäure. S. 179.
605. *Jesionek.* Die dermatotherapeutische Verwerthung der statischen Elektricität nach Sachier. S. 179.
606. *Antonescu* u. *Preda.* Die Anwendung der statischen Elektricität in der Behandlung der Pellagra. S. 179.
607. *Fabry.* Zur Frage der Hauttuberkulide. S. 180.
608. *Schutz.* Beiträge zur Kenntniss des Lichen ruber. S. 180.
609. *Sowiński.* Zur Pathologie der Pityriasis rubra pilaris. S. 180.
610. *Fabry.* Nachtrag zu der Arbeit O. Müller; „Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae mit Lymphdrüsentuberkulose". S. 180.
611. *Reitmann.* Ueber das teleangiektatische Granulom Kuttner. S. 181.
612. *Mazza.* Ueber das multiple benigne Sarcoid der Haut (Boeck). S. 181.
613. *Sabouraud, Suis* u. *Suffran.* Häufigkeit des Microsporum caninum und lanosum beim Hunde und beim Menschen. S. 181.

614. *Costa* u. *van der Valk.* Typus maculatus der hullösen hereditären Dystrophie. S. 181.
615. *Tièche.* Zur Kenntniss der Maculae coeruleae. S. 181.
616. *Heller.* Einige Ergebnisse der vergleichenden Pathologie der Alopecie. S. 182.
617. *Galewsky.* Ueber Trichonodosis. S. 182.
618. *Waelsch.* Ueber eine eigenthümliche Knötchenbildung an den Haaren bei Seborrhoea capillitii. S. 182.
619. *Trebitsch.* Dermatologische Beobachtungen aus Westgrönland. S. 182.
620. *Fuchs.* Zur Kenntniss der Leukoplakia penis. S. 182.
621. *Wechselmann.* Multiple Polypenbildung der hinteren Harnröhre. S. 182.

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

622. *Ahlfeld.* Der praktische Arzt und die Händegefahr. S. 183.
623. *David.* Die Endoskopie des Uterus. S. 183.
624. *Oeri.* Ein Fall von Uterus pseudodidelphis rudimentarius gravidus. S. 183.
625. *Schubert.* Ueber die Genese der Hämatosalpinx bei Haematometra unilateralis. S. 183.
626. *Herzl.* Ueber die hintere sagittale Discision der Cervix uteri. S. 183.
627. *Meyer-Ruegg.* Eine besondere Form klimakterischer Blutungen. S. 183.
628. *Zweig.* Zur Hydrotherapie des Klimakteriums. S. 184.
629. *Engström.* Zur Entstehung von grossem intraperitonäalen Bluterguss, bez. von Hämatocele durch Blutung aus einem Corpus luteum. S. 184.
630. *Maennel.* Zur Lehre von der Entstehung der Hamatocelenmembran. S. 184.
631. *Maennel.* Anatomische Untersuchungen über den Bau und die Aetiologie der Hämatocelenmembran. S. 184.
632. *Schaller.* Die Leistungsfähigkeit der Vaporisation in der Praxis und ihre Grenzen. S. 184.
633. *Frank.* Ueber Carcinom der Bartholini'schen Drüse. S. 184.
634. *Hannes.* Was leistet die Cystoskopie hinsichtlich der Indikations- und Prognosenstellung der abdominalen Krebsoperation? S. 185.
635. *Weibel.* Das Verhalten der Ureteren nach der erweiterten abdominalen Operation des Uteruscarcinoms. S. 185.
636. *Rauscher.* Funktionelle Resultate der Ureter-Blasenanastomose. S. 186.
637. *Pfannestiel.* Ueber abdominale und vaginale Coeliotomien. S. 186.
638. *Cohn.* Das Frühaufstehen der Laparotomirten. S. 186.
639. *Lichtenstein.* Zur Kenntniss der akuten Magenlähmung mit sekundärem Duodenalverschluss. S. 186.
640. *Albrecht.* Zur Kenntniss der akuten Magenlähmung mit sekundärem Duodenalvorschluss. S. 186.
641. *Rosenthal.* Ueber Duodenalverschluss. S. 187.
642. *Albrecht.* Die Beziehungen der Flexura sigmoidea zum weiblichen Genitale. S. 187.
643. *Góth.* Bedrohliche innere Blutung aus einem Perithelioma ovarii. Laparotomie. Heilung. S. 187.
644. *Pankow.* Was lehren uns die Nachbeobachtungen von Reimplantationen der Ovarien beim Menschen? S. 187.
645. *Wallart.* Ueber das Verhalten der interstitiellen Eierstocksdrüse bei Osteomalacie. S. 188.
646. *Bab.* Conception, Menstruation und Schwangerschaftsberechnung. S. 188.
647. *Seitz.* Ueber den Einfluss der Schwerkraft auf die Entstehung der Schädellagen. S. 188.
648. *Engelmann.* Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des chondrodystrophischen Zwergbeckens. S. 188.
649. *Leisewitz.* Zur Spontangeburt bei engem Becken. S. 188.
650. *Samuel.* Ueber Dammschutz. S. 189.
651. *Rindfleisch.* Dammschutz bei Geburten. S. 189.
652. *Sellheim.* Ueber drei seltene Formen von Blutungen unter der Geburt. S. 189.
653. *Weischer.* Cirkulärer Abriss der Vagina am Introitus. S. 189.
654. *Reinecke.* Spontanruptur des Uterus während der Gravidität. S. 189.
655. *Hartmann.* Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Uterusruptur. S. 190.
656. *Zickel.* Zu der Mittheilung des Herrn Dr. Góth: „Ein neuer Eingriff zur Behandlung der atonischen Nachblutungen". S. 190.
657. *Kroemer.* Die Erfahrungen der Universitätsfrauenklinik an der Kgl. Charité über die Pubotomie. S. 190.
658. *Hoehne.* Die Erfolge und Dauererfolge der Hebosteotomie an der Kieler Universitätsfrauenklinik. S. 190.
659. *Bumm.* Zur Indikationsstellung bei der Pubotomie. S. 191.
660. *Oberndorfer.* Zur Frage der Heilung der Hebosteotomiewunde. S. 191.
661. *Hofmeier.* Der „extraperitoneale" und der „suprasymphysäre" Kaiserschnitt. S. 191.
662. *Czyzewicz.* Extraperitonäaler Kaiserschnitt. S. 191.
663. *Tuszkai.* Kardiopathie und Schwangerschaft. S. 191.
664. *Newell.* Krankheiten der Herzklappe, Schwangerschaft und Geburt complicirend. S. 192.
665. *Adler* u. *Thaler.* Experimentelle und klinische Studien über die Graviditätstetanie. S. 192.
666. *Schein.* Lokalisation der vom weiblichen Geschlechtsorgan ausgehenden hämatogenen Hauterkrankungen. S. 193.
667. *v. Alvensleben.* Das Aufstehen der Wöchnerinnen in den ersten Tagen des Wochenbettes. S. 193.
668. *Freymuth.* Die Unterscheidung der Streptokokken durch Blutnährböden. S. 193.
669. *Heynemann.* Die Bedeutung der hämolytischen Streptokokken für die puerperale Infektion. S. 194.
670. *Reynier.* Anwendung des Sauerstoffs bei Puerperal Infektion. S. 194.
671. *Zangemeister.* Experimenteller Beitrag zur operativen Behandlung der akuten puerperalen Peritonitis. S. 195.
672. *Nacke.* Kritik der prämonitorischen Symptome der Thrombose und Embolie. S. 195.
673. *Ahlfeld.* Der Nabelkegelpuls. S. 195.
674. *Jerie.* Beitrag zur Behandlung der Asphyxie Neugeborener. S. 195.
675. *Dürig.* Ueber den Einfluss des Selbststillens der Mütter auf die Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. S. 195.
676. *Karnitzky.* Zur Physiologie des Wachsthums und der Entwickelung des kindlichen Organismus. S. 195.
677. *Tissier.* Ueber die normale Darmflora des Kindes. S. 196.
678. *Allaria.* Pseudoascites bei chronischer Enteritis der Kinder. S. 196.
679. *Gorter.* Indoxylurie bei Kindern. S. 196.
680. *Weyl.* Grosshirnbefunde bei hereditärsyphilitischen Säuglingen. S. 197.
681. *Leiner.* Ueber Erythrodermia desquamativa, eine eigenartige universelle Dermatose der Brustkinder. S. 197.
682. *Mendelsson.* Die Behandlung des Säuglingsekzems nach Finkelstein. S. 197.
683. *Labhardt* u. *Wallart.* Ueber Pemphigus neonatorum simplex congenitus. S. 197.

Digitized by Google

684. *Hecht.* Exporimentell-klinische Untersuchungen über Hauthlutungen im Kindesalter. S. 197.
685. *Stybr.* Purpura fulminans. S. 197.
686. *Guinon* u. *Vielliard.* Anfälle von Unterleibsschmerz bei Purpura der Kinder. S. 197.
687. *Schubert.* Behandlung dor Melaena neonatorum mit Gelatineinjektionen. S. 198.
688. *Kamann.* Ueber Melaena spuria. S. 198.
689. *Morquio.* Hydatidoncysten in der Lunge bei Kindern. S. 198.
690. *Siegert.* Nervosität und Ernährung im Kindesalter. S. 199.
691. *Barbonneix* u. *Roustan.* Essentielle Polyurie bei Kindern. S. 199.

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

692. *Witthauer.* Jothion als Hautdesinficiens bei Operationen. S. 199.
693. *Münchmeyer.* Kritischer Bericht über 1000 Lumbalanästhesien mit Stovain (Billon). S. 199.
694. *Borszéky.* Die Lumbalanästhesie und ihre Noben- und Nachwirknngen. S. 199.
695. *Gerstenberg* u. *Hein.* Anatomische Beiträge zur Rückenmarksanästhesie. S. 200.
696. *Krauekow.* Ueber dio Hedonal-Chloroform-Narkose. S. 200.
697. *Frankenstein.* Chloroformnarkose mit überdeckter Maske (Handtuchmethode). S. 200.
698. *v. Graff.* Klinischo und experimentello Beiträge zur Bier'schen Stauung. S. 200.
699. *de Keating-Hart.* Fulguration beim Krebs. S. 200.
700. *Schultze.* Klinische Beobachtungen nach Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren. S. 201.
701. *Lindenborn.* Ueber Röntgentumoren. S. 201.
702. *Novak.* Ein Fall von Hämatolymphangiom. S. 201.
703. *Hinterstoisser.* Ueber einen congentalen teratoiden Sacraltumor mit Metastasirung. S. 201.
704. *Grasmann.* Zur Behandlnng des Carbunkels. S. 201.
705. *Bardenheuer.* Die operative Behandlung der traumatischen subcutanen Compressionslähmungen. S. 201.
706. *Gomoiu.* Eine neue Operation zur Behandlung der Gesichtslähmung. S. 201.
707. *Kausch.* Die Behandlung des Hydrocephalus der kleinon Kinder. S. 202.
708. *Zietschmann.* Ein Beitrag zum Studium der Folgen der Schilddrüsenexstirpation. Thyreoidektomie bei Ziegen. S. 202.
709. *Leischner.* Postoperative Stimmlippenschädigungen nach Kropfoperationen und deren späteres Schicksal. S. 202.
710. *Kocher.* Ueber Schilddrüsentransplantation. S. 202.
711. *Lotsch.* Erfahrungen mit der Intubation bei diphtherischer Larynxstenose. S. 203.
712. *v. Saar.* Zur Kenntniss der traumatischen Abscesse des Mediastinum anticum. S. 203.
713. *Finckh.* Ueber spondylitische Abscesse des Mediastinum posticum. S. 203.
714. *Friedrich.* Ueber den Ranmausgleich in der Brusthöhle nach einseitiger Lungenamputation, nebst Bemerkungen über das operative Mediastinalemphysom. S. 203.
715. *Friedrich.* Die operative Beeinflussung einseitiger Lungenphthise durch totale Brustwandmobilisirung und Lungenentspannung. S. 203.
716. *Seidel.* Bemerkungen zur Chondrektomie bei Emphysem in Folge starrer Thoraxdilatation. S. 204.
717. *Feinen.* Die verschiedenen Formen der puorperalon Mastitis und ihre Behandlung. S. 204.
718. *Ritter.* Experimentelle Untersuchungen über Einklemmung von Brüchen. S. 204.
719. *Ebner.* Ein vereinfachtes Operationsverfahren des Nabelbruches. S. 204.
720. *Kudlek.* Isolirte Mesenterialabreissungen nach Baucheontusionen. S. 205.
721. *Ehrlich.* Zur Casuistik und Behandlung der Divertikel der männlichen Harnröhre. S. 205.
722. *Goldberg.* Einiges über Prostatasekret. S. 205.
723. *Cathelin.* Werth der verschiedenen Methoden der Prostatektomie. S. 205.
724. *Renner.* Indikationen und Resultate der Blasennaht. S. 205.
725. *Finckh.* Zur Nachbehandlung der suprapubischen Cystotomie. S. 206.
726. *Reich.* Ueber Echinokokken der langen Röhrenknochen. S. 206.
727. *Baum.* Ueber Knochenbrüche bei Tabes und deren ätiologische Stellung. S. 206.
728. *Hunarus.* Ein Beitrag zur Casuistik der Spontanfrakturen im Kindesalter. S. 206.
729. *König.* Die traumatische Knochengelenkentzündung in ihrer Bedeutung für das Gutachten des Unfallarztes. S. 207.
730. *Hofmann.* Woitere Untersuchungen und Erfahrungen über Periosttransplantation bei Behandlung knöcherner Gelenkankylosen. S. 207.
731. *Goerlich.* Ueber einige Radiusmissbildungen. S. 207.
732. *Goerlich.* Angeborone Ankylose dor Fingergelenke mit Brachydaktylie. S. 207.
733. *Haldenwang.* Ueber echte Schenkelhalsfrakturen im kindlichen und jugendlichen Alter. S. 207.
734. *v. Brunn.* Ueber die schnellende Hüfte. S. 208.
735. *Streissler.* Ueber die operative Behandlung irreponibler vorderer Hüftluxationen. S. 208.
736. *Lindenstein.* Zur Casuistik seltener Luxationen des Schultergelenks, des Beckens und Hüftgelenks. S. 208.
737. *Ludloff.* Zur Frage der Osteochondritis dissecans am Knie. S. 208.
738. *Schlatter.* Unvollständige Ahrissfrakturen der Tuberositas tibiae oder Wachsthumsanomalien? S. 209.
739. *Finsterer.* Ueber Verletzungen im Bereiche der Fusswurzelknochen, mit besonderer Berücksichtigung des Os naviunlare. S. 209.
740. *Hoffmann.* Ueber die isolirte Fraktur des Os naviculare tarsi. S. 209.
741. *Schirmer.* Der Flüssigkoitshaushalt im gesnnden und im kranken Bindehantsack. S. 209.
742. *Feldmann.* Ueber den Frühjahrskatarrh. S. 209.
743. *Osterroht.* Herpes zoster ophthalmicus. S. 210.
744. *Guillery.* Die Bedeutung der Anästhetica für die Behandlung der durch Aetzgifte entstandenen Hornhauttrübung. S. 210.
745. *v. Hippel.* Ueber Keratitis parenchymatosa und Ulcus internum cornene. S. 210.
746. *Parker.* Augensymptome bei Trichinosis. S. 210.
747. *Fuchs.* Wucherungen und Geschwülste des Ciliarepithels. S. 210.
748. *Lohmann.* Ueber die lokalen Unterschiede der Verschmelzungsfrequenz auf der Retina und ihr abweichendes Verhalten bei der Amblyopia congenita. S. 211.
749. *Thorner.* Die Bedeutung der Nahearbeit für die Entstehung der Kurzsichtigkeit. S. 211.
750. *Davis.* Wichtigkeit genauer Diagnosenstellung bei Augenkrankheiten. S. 212.
751. *Hess.* Ueber „Blaublindheit" durch Gelbfärbung der Linse. S. 212.

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

752. *Pfuhl.* Ueber die Verunreinigung von Conservenbüchsen nach der Sterilisation. S. 212.
753. *Heubner* u. *Reeb.* Ueber Menge und Vertheilnng des Phosphors in einigen Nahrungsmitteln. S. 212.
754. *v. Wendt.* Zur Variabilität der Milch. S. 212.
755. *Albertoni* u. *Rossi.* Die Wirkung des Fleisches auf Vegetnrianer. S. 213.

756. *Rosenheim* u. *Kajiura*. Die Proteine des Reis. S. 213.
757. *v. Zebrowski*. Zur Frage vom Einfluss des Tabakrauches auf Thiere. S. 213.
758. *Robinson*. Einfluss des Tabaks auf Schwangerschaft. S. 213.
759. *Rancken*. Beiträge zur Kenntniss der Körpertemperatur der Menschen. S. 213.
760. *Aulo*. Muskelarbeit und Pulsfrequenz. S. 214.
761. *Lehmann*. Ueber die Fähigkeit der Schweissaufnahme von Wolle und Baumwolle. S. 214.
762. *Schütze*. Beiträge zur Kenntniss der thermophilen Aktinomyceten und ihrer Sporenbildung. S. 214.
763. *Valerio* u. *de Jongh*. Beobachtungen über Culiciden. S. 215.
764. *Harnack* u. *Hildebrandt*. Ueber postmortale Wirkung von Aetzgiften im Magen. S. 215.
765. *Beintker*. Zur Wirkung verschiedener Reduktionsmittel auf Verbindungen des Hämoglobins. S. 215.
766. *Keller*. Zur Kenntniss der congenitalen Hautdefekte am Kopfe des Neugeborenen. S. 215.
767. *Ahlfeld*. Schwimmende Lungen ohne Luftgehalt. S. 215.
768. *Srdinko*. Die Schwankungen des Geschlechtsverhältnisses bei den Geburten in Oesterreich. S. 215.
769. *Srdinko*. Fruchtbarkeit und Sterblichkeit in Oesterreich. S. 215.
770. *Forel*. Gelbe und weisse Rasse. S. 215.

X. Medicin im Allgemeinen.

771. *Jentsch*. Die Möbius'sche degenerationsmorphologische Sammlung in Leipzig. S. 216.

C. Bücheranzeigen.

33. *Righi*. Die moderne Theorie der physikalischen Erscheinungen. S. 220.
34. *Behler*. Der thatsächliche Krebserreger, sein Cyklus und seine Dauersporen. S. 220.
35. *v. Tappeiner*. Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. S. 220.
36. *Köster*. Fettresorption im Darme und Gallenabsonderung nach Fettdarreichung. S. 220.
37. *Bruhns* u. s. w. Diagnostisch-therapeutisches Lexikon. S. 221.
38. *Schnirer* u. *Vierordt*. Encyklopädie der praktischen Medicin. S. 221.
39. *Grätzer*. Der Praktiker. S. 221.
40. *Geigel*. Leitfaden der diagnostischen Akustik. S. 221.
41. *Bumm* u. s. w. Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie. S. 222.
42. *Baumm*. Die praktische Geburtshülfe. S. 222.
43. *Wagner*. Die Extrauterinschwangerschaft. S. 222.
44. *Faure*. Die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Unterhautzellengewebes. S. 223.
45. *Trendelenburg*. Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichts. S. 223.
46. *Kanasugi*. Beiträge zur topographisch-chirurgischen Anatomie der Pars mastoidea. S. 223.
47. *Kollmann* u. *Jacoby*. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates. S. 223.
48. Beiträge zur Kriegsheilkunde aus der Hülfsthätigkeit der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz während des Russisch-Japanischen Krieges 1904—05. S. 223.
49. *Deruginsky*. Bericht über die Thätigkeit des temporären Lazareths am Golitzyn Hospital in Moskau während des russisch-japanischen Krieges. S. 224.
50. *Knortz*. Der menschliche Körper in Sage, Brauch und Sprüchwort. — *Harnack*. Das Gift in der dramatischen Dichtung und in der antiken Literatur. S. 224.
51. Riedel's Berichte. — E. Merck's Jahresberichte. S. 224.

Natürliches Karlsbader Sprudelsalz
ist das allein echte Karlsbader Salz.
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.
[20]

Kurhaus Bad Nassau (Lahn)
Sanatorium für innere und Nervenkrankheiten.
Drei Aerzte. Leitender Arzt: Dr. A. Muthmann. (48)

Verlag von S. Hirzel in Leipzig.

Handbuch
der
Allgemeinen Pathologie

Unter Mitwirkung von

E. Albrecht in Frankfurt a. M., **L. Aschoff** in Freiburg i. B., **M. Askanazy** in Genf, **P. v. Baumgarten** in Tübingen, **R. Beneke** in Marburg, **R. Boehm** in Leipzig, **P. Ernst** in Heidelberg, **C. Fraenkel** in Halle, **F. Henke** in Königsberg i. Pr., **E. Hering** in Prag, **C. Hess** in Würzburg, **K. Hirsch** in Göttingen, **W. His** in Berlin, **A. Hoche** in Freiburg i. Br., **R. Klemensiewicz** in Graz, **F. Kraus** in Berlin, **R. Kretz** in Prag, **H. Lüthje** in Frankfurt a. M., **O. Minkowski** in Greifswald, **F. Moritz** in Straßburg i. E., **R. Paltauf** in Wien, **E. Romberg** in Tübingen, **M. B. Schmidt** in Zürich, **A. Schwenkenbecher** in Marburg und **O. Sobernheim** in Berlin

herausgegeben von

L. Krehl,
Professor der inneren Medizin an der Universität in Heidelberg

und

F. Marchand,
Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie an der Universität in Leipzig.

In 4 Bänden.

Erster Band: **Allgemeine Ätiologie.**

Preis geheftet M. 18.—, gebunden M. 21.—.

Handbuch
der
physiologischen Methodik

Unter Mitwirkung
von

L. Asher, Bern; **A. Bethe,** Straßburg; **Chr. Bohr,** Kopenhagen; **K. Bürker,** Tübingen; **W. Caspari,** Berlin; **J. R. Ewald,** Straßburg; **O. Fischer,** Leipzig; **O. Frank,** München; **M. von Frey,** Würzburg; **S. Garten,** Gießen; **A. Gullstrand,** Upsala; **F. B. Hofmann,** Innsbruck; **R. Magnus,** Utrecht; **L. Michaëlis,** Berlin; **W. Nagel,** Rostock; **C. Oppenheimer,** Berlin; **I. P. Pawlow,** St. Petersburg; **J. Poirot,** Helsingfors; **A. Pütter,** Göttingen; **M. Rubner,** Berlin; **K. Schäfer,** Berlin; **P. Schenck,** Marburg; **J. Steiner,** Köln; **W. Trendelenburg,** Freiburg i. B.; **W. Wirth,** Leipzig; **N. Zuntz,** Berlin und **H. Zwaardemaker,** Utrecht

herausgegeben
von
Robert Tigerstedt in Helsingfors.

Vollständig in **3 Bänden,** die in neun Abteilungen ausgegeben werden.

Bis jetzt sind erschienen:

Erster Band, zweite Abteilung: **Pütter,** Protisten; **Bethe,** Wirbellose Tiere; **Asher,** Physikalische Chemie. Preis geheftet M. 7.50.

Zweiter Band, zweite Abteilung: **Scheuck,** Atembewegungen; **Oppenheimer,** Methodologie der Enzymforschungen; **Magnus,** Bewegungen des Verdauungsrohres; **Pawlow,** Absonderung der Verdauungsdrüsen. Preis geheftet M. 6.—.

Zweiter Band, dritte Abteilung: **Bürker,** Thermodynamik des Muskels; **von Frey,** Allgemeine Muskelmechanik; **Fischer,** Spezielle Bewegungslehre; **Garten,** Elektrophysiologie. Preis geheftet M. 18.—.

Verlag von S. Hirzel in Leipzig.

Arbeiten

aus dem

pathologischen Institute zu Leipzig

Herausgegeben

von

F. Marchand

o. Professor der pathologischen Anatomie, Geh. Medizinalrat und Direktor des Pathologischen Instituts zu Leipzig.

Erster Band in fünf Heften:

Heft 1:

Über das maligne Chorionepitheliom und die analogen Wucherungen in Hodenteratomen. Von Dr. **W. Risel,** I. Assistenten am pathologischen Institute zu Leipzig. Mit 2 Abbildungen im Texte und 3 Tafeln. Preis geheftet M. 7.—.

Heft 2:

Histologische Untersuchungen über Endokarditis. Von Dr. **H. Königer,** ehem. Assistenten am pathologischen Institute zu Leipzig, zur Zeit Assistenten an der medizinischen Klinik zu Erlangen. Mit 2 Tafeln. Preis geheftet M. 7.—.

Heft 3:

Das pathologische Institut der Universität Leipzig. Von Dr. **F. Marchand,** o. Professor der pathologischen Anatomie, Geh. Medizinalrat und Direktor des pathologischen Instituts zu Leipzig. Mit 1 Abbildung im Text und 3 Tafeln. Preis geheftet M. 4.—.

Heft 4:

Über die entzündlichen Veränderungen der Glomeruli der menschlichen Nieren und ihre Bedeutung für die Nephritis. Von Dr. med. **M. Löhlein,** Assistenten am pathologischen Institut zu Leipzig. Mit 2 Tafeln. Preis geheftet M. 4.—.

Heft 5:

Über die Entstehung, den Bau und das Wachstum der Polypen, Adenome und Karzinome des Magen-Darmkanals. Von Dr. **Max Versé,** Privatdozent und Prosektor am pathologischen Institut Leipzig. Mit 7 Tafeln. Preis geheftet M. 8.—.

Die Pittylen-Präparate werden bei den nachstehenden Hautkrankheiten mit bestem Erfolge angewendet:

Akne vulgaris —

Akne indurata —

subacutem Ekzem —

chronischem Ekzem —

Ekzema seborrhoicum —

Kopf-Ekzemen und impetiginösen Ekzemen der Kinder —

chronischen tyliotiformen Ekzemen —

Nagelekzemen —

chronischen trockenen Ekzemen —

Ekzema seborrhoicum corporis —

Herpes tonsurans vesiculosus —

Lichen chronicus simplex —

Lichen ruber verrucosus —

Onychia favosa —

Pityriasis rosea —

Pityriasis versicolor —

Prurigo —

Strophulus infantum —

Tylom und Keratom am Handteller und Fusssohlen —

chronischer Urticaria etc.

Die Pittylen-Präparate

haben sich bei der Behandlung der nebenstehend aufgeführten Hautkrankheiten ausgezeichnet bewährt und überraschend schnell in die Rezeptur eingeführt. Die ausgezeichnete Wirkung des Pittylens beruht vornehmlich darauf, dass die allbekannten ausgezeichneten Eigenschaften des Nadelholz-Teers unverändert erhalten sind, dass aber die üblen Nebenerscheinungen, namentlich die Reizwirkungen durch die Kondensation mit Formaldehyd völlig beseitigt sind. Auch das Fehlen des penetranten, vielen geradezu unausstehlichen Geruches, der die Verwendung des Teers oftmals dem Arzte überhaupt unmöglich machte, weil viele Patienten seine Anwendung ablehnen, erleichtert dem Arzte die Verschreibung des Pittylens ausserordentlich.

Pittylen kommt in Form von Streupulvern, Schüttelmixturen, Pasten, festen und flüssigen Seifen, Salben und Pflastern zur Anwendung. Bewährte Rezeptvorschriften geben wir auf Wunsch gern ab.

Die bequemste Anwendung geschieht in Form der Pittylenseifen, die durch die Zuverlässigkeit ihrer Wirkung, durch das Fehlen jeglicher Reizerscheinungen und durch ihren angenehmen Geruch den bisher gebräuchlichen Teerseifen weit überlegen sind, so dass anzunehmen ist, dass an Stelle der Teerseifen bald allgemein die Pittylenseifen benutzt werden.

Versuchsmengen und Literatur stellen wir den Herren Aerzten gern zur Verfügung.

Dresdener Chemisches Laboratorium
Lingner.

(23)

Digitized by Google

Gonosan

nach den Urteilen von über 100 Autoren das

hervorragendste Balsamicum

der

Gonorrhoe-Therapie.

Enthält die wirksamen Bestandteile der Kawa-Kawa in Verbindung mit bestem ostindischen Sandelöl.

Gonosan verringert die eitrige Sekretion, setzt die Schmerzhaftigkeit des gonorrhoischen Prozesses herab und verhindert Komplikationen.

Dosis: 4—5 mal täglich 2 Kapseln nach dem Essen. — Originalschachteln zu 50 und 32 Kapseln.

Mergal

(cholsaures Quecksilberoxyd 0,05
Albumin-tannic, 0,1)

Neues Antisyphiliticum

zum inneren Gebrauch.

Indikationen: Syphilitische und parasyphilitische Erkrankungen.

Mergal wirkt ebenso wie eine Inunktions- oder Injektionskur mit löslichen Hg.-Salzen.
Mergal wird in grossen Dosen vertragen, schnell resorbiert und wieder ausgeschieden, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu erzeugen; die Mergalkur ist von allen Behandlungsmethoden der Syphilis die einfachste, bequemste und angenehmste.

Dosis: 3 mal täglich 1 Kapsel, steigend bis auf 4—5 mal täglich 2 Kapseln (0,05—0,1 pro Dosis, 0,3—0,5 pro die).

Originalschachteln zu 50 Kapseln.

Bornyval

(Bornool-Isovalerianat)

Sedativum ersten Ranges

bei allen **Neurosen des Zirkulations-, Verdauungs-, Zentralnervensystems.**

Zeigt die spezifische Wirkung des Baldrians in mehrfacher Multiplikation ohne unangenehme Nebenwirkungen.

Besondere Indikationen:

Herz- und Gefäss-Neurosen, Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie, nervöse Agrypnie und Cephalalgie, Menstruationsbeschwerden, Asthma nervosum.

Dosis: Meist 3—4 mal täglich eine Perle.
Originalschachteln zu 25 Perlen.

Ovogal

(gallensaures Eiweiss)

Neues Cholagogum.

Indikationen:

Bei allen **akuten und chronischen Catarrhen der Leber- und Gallenwege, Hyperchlorhydrie, Obstipationen (besonders der chlorotischen), Pankreasleiden, Darmdyspepsien, Dünndarmkrankheiten, Fettstühlen usw.**

Dosis: Täglich mehrmals 3—4 Kapseln oder 3—4 mal einen halben Teelöffel in Wasser, Tee bezw. Kaffee.

Originalschachteln zu 50 Kapseln.

Urogosan

Vereinigt in sich:

1) eine starke sedative, krampfstillende u. die Dysurie rasch beseitigende Wirkung, bedingt durch die Kawa-Kawa des Gonosans;

Vereinigt in sich:

2) eine energ., auf Mikroorganismen entwicklungshemmende Wirkung, bedingt durch Abscheidung von Formaldehyd aus dem Hexamethylentetramin.

(Hexamethylentetramin 0,15 — Gonosan 0,3).

Neues sedatives Blasenantiseptikum.

Indikationen: Akute Cystitis im Gefolge von Gonorrhoe; bakterielle Entzündungen der Harnwege, also der Harnröhre, der Blase und des Nierenbeckens: Urethritis posterior.
Dosis: 3—5 mal täglich 2 Kapseln nach dem Essen, die Schachtel zu 50 Kapseln.

Proben und Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

J. D. Riedel A.-G. Berlin N. 39.

Es ist von einer Konkurrenz eine Reklame-Broschüre gegen uns verbreitet worden, welche auf Aushorchung ungetreuer Angestellter beruht und aus tendenziösen Entstellungen und direkten Unrichtigkeiten zusammengesetzt ist.

Wir haben uns in der Öffentlichkeit mit dieser Broschüre, die sich durch ihre Tonart von selbst richtet, nur insoweit befaßt, als wir deren Beschlagnahme und unser strafgerichtliches Vorgehen publizierten.

Die Beschlagnahme der Broschüre wurde zwar vom Amtsgericht Bremen vorübergehend aufgehoben, ist aber **vom Kgl. Amtsgericht Berlin** und nunmehr **trotz Einspruchs der Konkurrenz auch vom Kgl. Landgericht Berlin, der letzten Instanz, wiederholt** und **endgültig ausgesprochen worden.** Die Broschüre darf demgemäß nicht mehr verbreitet werden.

Hiernach möge man ermessen, wie hinfällig — um nicht einen schärferen Ausdruck zu gebrauchen — der Vorwurf ist, daß wir die Beschlagnahme „durch falsche Angaben" erwirkt hätten, ein Vorwurf, wegen dessen wir ebenfalls Strafantrag gestellt haben.

Damit schließen wir unserseits die öffentliche Erörterung über diese Konkurrenz-Broschüre.

München, Uerdingen a. Rh., Berlin, den 16. November 1908.

Kathreiners Malzkaffee-Fabriken
Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

HYGIOPON „Liquor ferro-ferrichlorati electr. paratus."
ein auf elektrochemischem Wege hergestelltes
Neues Eisenpräparat

bewährt sich hervorragend bei
BLEICHSUCHT und BLUTARMUT,
MENSTRUATIONSBESCHWERDEN,
infolge anämischer Zustände,
SCROFULOSE, TUBERKULOSE,
NERVENLEIDEN,
ferner bei Schwächezuständen nach Operationen, Geburten und schwer eingreifenden Erkrankungen edler Organe.

[33]

Hygiopon

HYGIOPON erbringt in seiner Darstellung und Wirksamkeit eine völlig neuartige Methode der direkten Kräftigung und Ernährung krankhaft veränderten Blutes.

Im HYGIOPON ist das Eisen in einer Form gelöst, welche dem Vorkommen des Eisens im tierischen Organismus sehr nahe kommt.

Seine absolute Unschädlichkeit für Magen und Darm ist klinisch nachgewiesen.

Von ärztlichen Autoritäten glänzend begutachtet und empfohlen.

Preis der Originalflasche Mk. 1.75 und Mk. 3.—.

Zu beziehen durch die Apotheken.

Literatur und Probeflaschen stehen den Herren Ärzten kostenlos zur Verfügung.

Berliner elektrochemische Werke G.m.b.H. Berlin W. 9.

R ademanns Diabetiker:
Weißbrot, Schwarzbrot, Grahambrot, Mandelbrot, Zwieback, Mehl, Kakao etc. Fruchtsäfte ohne Zucker.
ademanns Diabetiker:
Früchte entzuckert und Früchte im eigenen Saft.
ademanns Diabetiker:
Mosel-, Rhein- und Bordeaux-Weine, Sekt, Kognak.
ademanns Kindermehl

R ademanns Kindernährmittel:
Hafermehl, Haferkakao, Nährzwieback, Milchzucker, Nährbiskuits etc.
ademanns diätet. Fabrikate
für Magen- und Darmkranke, Blutarme, Rekonvaleszenten, Nähr-Toast, Milch-Eiweiß, Nähr-Gries.
ademanns sterilisiert. Rahm
ademanns Friedrichsdorfer Zwieback

R

Ausführliche Kataloge gern gratis und franko zu Diensten. [34]

Rademanns Nährmittelfabrik, Frankfurt a. M. Berlin-Charlottenburg.

Verlag von S. HIRZEL in LEIPZIG.

Soeben erschien:

TABELLEN
ZUM GEBRAUCH BEI
MIKROSKOPISCHEN ARBEITEN
VON **WILHELM BEHRENS**

VIERTE VERBESSERTE AUFLAGE

HERAUSGEGEBEN VON
Dr. ERNST KÜSTER
Professor für Botanik in Halle

Preis geheftet M. 7.—, gebunden M. 8.—.

AUCH OHNE ZUCKER
Das älteste in Deutschland eingeführte
AUCH MIT EISEN
DUNG'S
CHINA-CALISAYA
ELIXIR
in 1/4 u. 1/2 LITER-FLASCHEN
Man hüte sich vor Nachahmungen
in den APOTHEKEN zu haben.

Dung's wohlschmeckende China-Präparate

haben sich in der Reconvalescens nach Influenza, Typhus, Diphtherie, Ruhr, Blutungen, bei Blutarmut und Appetitlosigkeit vorzüglich bewährt.

Warnung vor Nachahmungen!

Verordnen Sie gefälligst stets
Original Dung's.
Muster und Literatur den Herren Aerzten kostenfrei durch:

Fabrikation von Dung's China-Calisaya-Elixir
Inh.: Albert C. Dung, Freiburg i. B. [13]

Pittylen statt Teer

Ueberraschend schnell hat sich in Aerztekreisen die Ueberzeugung Bahn gebrochen, daß Pittylen berufen ist, einen wirklich wirksamen Ersatz für den übelriechenden, offizinellen Nadelholzteer zu bieten. Mehrjährige Versuche in der Praxis haben ergeben, daß dem Pittylen die unangenehmen Eigenschaften des Teeres: unangenehmer, penetranter Geruch, lokale Reizungen, resorptive Nebenwirkungen, vollständig fehlen, und daß es fast niemals versagt, während bekanntlich der Teer infolge seiner wechselnden Zusammensetzung unsicher in der Wirkung ist und von der Mehrzahl der Patienten nicht vertragen wird.

Speziell hat sich gezeigt, daß die

Pittylen-Seifen

durch die Zuverlässigkeit ihrer Wirkung, durch das Fehlen jeglicher Reizerscheinungen und durch ihren angenehmen Geruch den bisher gebräuchlichen Teerseifen weit überlegen sind, sodaß anzunehmen ist, daß an Stelle der Teerseifen bald allgemein die Pittylen-Seifen benutzt werden.

Wir bitten diejenigen Herren Aerzte, welche Pittylen noch nicht versucht haben, Muster-Kollektion und Literatur von uns einzufordern.

Dresdener Chemisches Laboratorium
Lingner.

[23]

Pittylen kommt in Form von Streupulver, Schüttelmixturen, Pasten, Salben und Pflastern zur Anwendung. Bewährte Receptvorschriften geben wir auf Wunsch gern ab. Wir selbst stellen außer den oben genannten Pittylen-Seifen nur noch die Pittylen-Paraplaste her und zwar in der Konzentration von 10–60%. Die Pittylen-Paraplaste stellen eine bequeme, saubere und außerordentlich wirksame Medikation dar.

15

In allen Krankheitsfällen

ist Kathreiners Malzkaffee ein durchaus empfehlenswertes Getränk wegen seiner absoluten Indifferenz und seines kaffeeähnlichen Wohlgeschmackes. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

(51/2) (49/2)

Verlag von S. Hirzel in Leipzig.

Handbuch

der

physiologischen Methodik

Unter Mitwirkung

von

L. Asher, Bern; **A. Bethe,** Straßburg; **Chr. Bohr,** Kopenhagen; **K. Bürker,** Tübingen; **W. Caspari,** Berlin; **J. R. Ewald,** Straßburg; **O. Fischer,** Leipzig; **O. Frank,** München; **M. von Frey,** Würzburg; **S. Garten,** Gießen; **A. Gullstrand,** Upsala; **F. B. Hofmann,** Innsbruck; **R. Magnus,** Utrecht; **L. Michaëlis,** Berlin; **W. Nagel,** Rostock; **C. Oppenheimer,** Berlin; **I. P. Pawlow,** St. Petersburg; **J. Poirot,** Helsingfors; **A. Pütter,** Göttingen; **M. Rubner,** Berlin; **K. Schäfer,** Berlin; **F. Schenck,** Marburg; **J. Steiner,** Köln; **W. Trendelenburg,** Freiburg i. B.; **W. Wirth,** Leipzig; **N. Zuntz,** Berlin und **H. Zwaardemaker,** Utrecht

herausgegeben

von

Robert Tigerstedt in Helsingfors.

Vollständig in **3 Bänden,** die in neun Abteilungen ausgegeben werden.

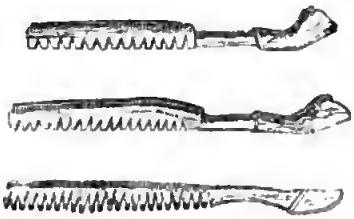
Bis jetzt sind erschienen:

Erster Band, zweite Abteilung: **Pütter,** Protisten; **Bethe,** Wirbellose Tiere; **Asher,** Physikalische Chemie. Preis geheftet M. 7.50.

Zweiter Band, zweite Abteilung: **Schenck,** Atembewegungen; **Oppenheimer,** Methodologie der Enzymforschungen; **Magnus,** Bewegungen des Verdauungsrohres; **Pawlow,** Absonderung der Verdauungsdrüsen. Preis geheftet M. 6.—.

Zweiter Band, dritte Abteilung: **Bürker,** Thermodynamik des Muskels; **von Frey,** Allgemeine Muskelmechanik; **Fischer,** Spezielle Bewegungslehre; **Garten,** Elektrophysiologie. Preis geheftet M. 18.—.

Th. Grieben's Verlag (L. Fernau), Leipzig.



Smee-Karr, Holzgeräte der Orang Sinnoi (Malakka) zum Durchschneiden der Nabelschnur und zum Aufmalen der Zaubermuster auf die Bambusgefäße. (Aus: *Vaughan Stevens — Max Bartels*[1].)

„Blutstein" in silberner Fassung (gegen die Blutflüsse im Wochenbett) aus dem Besitze eines „Bauerndoktors" in St. Zeno bei Reichenhall. (Nach Photographie.)

Im vorstehenden Verlage beginnt zu erscheinen:

Das Weib
in der Natur- und Völkerkunde.

Anthropologische Studien

von

Dr. Heinrich Ploß und **Dr. Max Bartels.**

9. umgearbeitete und stark vermehrte Auflage.

Neu bearbeitet und herausgegeben

von

Dr. Paul Bartels in Berlin.

Mit den Porträts der weil. Verfasser, 11 lithographischen Tafeln (je 9 Frauentypen darstellend) und 700 Textabbildungen in Holzschnitt und Autotypie.

— Vollständig in 18 Lieferungen. —

Lieferung 1—16 enthalten je 6 Bogen Text, Lieferung 17 und 18 je etwa 10 Bogen. Preis von Lieferung 1—16 je 1 M. 50 Pf., Lieferung 17 und 18 je 2 M. Lieferung 1 ist soeben erschienen, die weiteren erscheinen in regelmäßigen Zwischenräumen bis Anfang Dezember d. J. Einzelne Lieferungen werden nicht verkauft. Der Kauf von Lieferung 1 verpflichtet zur Abnahme der übrigen.

Zum neunten Male übergeben wir nunmehr das von Heinrich Ploß begründete, von Max Bartels seit der zweiten Auflage herausgegebene und wesentlich von ihm umgestaltete und erweiterte Werk: „Das Weib in der Natur- und Völkerkunde", der Öffentlichkeit.

Es ist dies die erste Auflage, welche nicht mehr von dem bisherigen Herausgeber besorgt werden konnte: Max Bartels ist im Jahre 1904 einer langen und quälenden Krankheit erlegen. Seine Verdienste um den Ausbau des Werkes sind bekannt; es kann deshalb nur als ein durch Pietät und Gerechtigkeit gebotener Schritt erscheinen, daß diesmal neben dem unvergeßlichen Heinrich Ploß auch er als Verfasser genannt wird.

Als Heinrich Ploß im Jahre 1884 die erste Auflage des vorliegenden Werkes veröffentlichte, wendete er sich mit seinen Ausführungen nicht nur an den enger begrenzten Kreis der Fachgenossen, der Ärzte und Anthropologen, sondern an die Gebildeten überhaupt, in der ausgesprochenen Überzeugung, „daß in diesem Buche auch jeder mit höherer Bildung ausgerüstete Mann so manches Belehrende finden werde, das seinen Gesichtskreis bezüglich der Kenntnisse auf dem Gebiete der Physiologie des weiblichen Geschlechtes, der Ethnographie und Kulturgeschichte zu erweitern geeignet sei". — Wie begründet diese Überzeugung war, zeigte sich bald, denn sein Werk fand weit über den Kreis der Fachgenossen hinaus Beifall und Verbreitung, so daß sehr bald eine zweite Auflage notwendig wurde; leider war es aber dem Verfasser nicht beschieden, diesen Erfolg zu erleben.

Nach seinem Hinscheiden übernahm Max Bartels die Herausgabe der weiteren Auflagen, die sich in rascher Folge aneinander reihten. Er gab dem Buche erst seine jetzige Gestalt. „Das Ploßsche Weib," sagt er in der Vorrede zur zweiten Auflage, „war eigentlich ein Torso; wir lernen es kennen bei dem Eintritt in die Pubertät und verlassen es nach dem Abschluß des Wochenbettes. Alle die vielen Beziehungen des Weibes, welche sich außerhalb der Geschlechtssphäre im engeren Sinne befinden, waren unberücksichtigt geblieben. Es ist daher mein Bestreben gewesen, das Bild entsprechend zu vervollständigen. — So hat nun auch das geschlechtsreife Weib im Zustande der Ehelosigkeit, das Weib als Witwe, das Weib in seinem Verhältnis zu den nachfolgenden Generationen als Mutter, Stiefmutter, Großmutter und Schwiegermutter, das Weib in den Jahren des Verblühens und das alternde Weib seine volle Berücksichtigung gefunden, und wir begleiten nun das Weib vom Mutterleibe an durch alle seine Lebensphasen bis in die Jahre des Greisenalters und selbst über den Tod hinaus ... Daß hier, wo es sich um anthropologische Untersuchungen und Erörterungen handelte, das Weib nicht immer in keuscher Verhüllung anfzutreten vermochte, das bedarf wohl eigentlich keiner besonderen Erwähnung. Durch die Überschriften sind die betreffenden Abschnitte ja bereits hinreichend gekennzeichnet, und wer die nackte Natur nicht glaubt ertragen zu können, der ist ja nicht gezwungen, diese Kapitel zu lesen; dem Arzte und dem Anthropologen werden sie aber, wie ich mit Zuversicht annehme, eine nicht unerwünschte Gabe sein" ...

Die Bearbeitung der vorliegenden neunten Auflage lag in den Händen von Dr. Paul Bartels, welcher bemüht gewesen ist, die weitere Vervollständigung des Buches im Sinne seines Vaters, des bisherigen Herausgebers, zu bewirken; selbstverständlich soweit sich die Pietät mit der eigenen wissenschaftlichen Verantwortlichkeit vereinigen ließ. Es wurde deshalb von grundlegenden Änderungen in der bisher so bewährten, durch Max Bartels geschaffenen Anordnung des Stoffes abgesehen, dagegen nach Möglichkeit dafür Sorge getragen, daß wie bisher so auch die neueste Auflage durch Herbeiziehung der Ergebnisse der wichtigeren mittlerweile erschienenen neuen Arbeiten aus den Gebieten der Anthropologie, Ethnologie, Urgeschichte und Volkskunde dem augenblicklichen Stande der Wissenschaft entspreche. Das umfangreiche Literaturverzeichnis wurde so um etwa 250 Nummern vermehrt, so daß nunmehr nahezu zwei und ein halbes Tausend von Einzelabhandlungen der Darstellung zugrunde liegen. Besondere Sorgfalt wurde auf die Erhöhung der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit durch Änderungen des Satzbaues und des Druckes verwendet. Eine durchgreifende Neuerung, die gewiß vielen willkommen sein wird, bedeutet es, daß durch Verwendung der schönen modernen Reproduktionsmethoden der Autotypie die Wiedergabe einer sehr großen Reihe von Abbildungen, welche bei dem bisher ausschließlich benutzten Holzschnitt oft nicht zu voller Geltung kamen, in ganz anderer, viel besserer Weise durchgeführt werden konnte, so daß der wissenschaftliche Wert der Abbildungen und damit auch des ganzen Werkes gestiegen sein dürfte.

Dadurch, daß Max Bartels die Grenzen des zu verarbeitenden Stoffes so bedeutend weiter gesteckt hat, als es Ploß ursprünglich getan, ist es gekommen,

daß in diesem Werke jeder etwas findet: der Arzt und der Anthropologe sowohl, wie der Ethnologe und der Erforscher der heimischen Volkskunde. Die 700 Abbildungen und 11 lithographischen Tafeln, welche im Laufe der verschiedenen Auflagen dem Buche beigegeben werden konnten, und welche großenteils Originale sind, verleihen dem Ganzen noch einen besonderen wissenschaftlichen Wert; auch die neueste Auflage enthält wieder eine Reihe neuer, in den früheren Anflagen nicht verwendeter Abbildungen.

Aber auch der gebildete Leser, der nicht Spezialforscher ist, findet, wie auch das untenstehende Inhaltsverzeichnis zeigt, Belehrung über vieles, was wert ist, gewußt zu werden, reiche Anregung zum Nachdenken über viele allgemein menschliche Fragen, die in unserem Zeitalter der großen Rassen- und Klassengegensätze, des Strebens nach Gleichberechtigung der Geschlechter, des immer lebhafter werdenden Interesses, welches besonders die Völkerkunde bei der stetig wachsenden Zunahme der Beziehungen der weißen zu den farbigen Rassen in weiten Kreisen unseres Volkes findet, sich zu Tagesfragen entwickelt haben, über die jeder Gebildete ein Urteil zu haben wünscht.

Vor allem aber birgt das Werk für jeden eine reiche Fülle der Anregungen zu eigenen Beobachtungen und wissenschaftlicher Arbeit, sei er nun Spezialforscher oder mag ihn sein Beruf als Arzt, als Missionar, als Kaufmann, als Beamten mit fremden Völkern, oder als Geistlichen, als Lehrer, als Landwirt usw. mit den noch immer zu wenig gekannten Bräuchen und Anschauungen unserer heimischen Bevölkerung in enge Beziehungen bringen. Zahlreich sind die Beiträge aus diesen gebildeten Kreisen, die der Herausgeber im Laufe der Jahre verwenden konnte, ein Zeichen, daß es dem Buche gelungen war, der Anthropologie neue Freunde und Pfleger zu gewinnen. Dazu möchte auch diese neueste Auflage wiederum beitragen.

Inhalt.

Erster Band.

Vorrede des Herausgebers.
Verzeichnis der von Dr. H. Ploß im Druck erschienenen Werke und größeren Zeitschriften-Abhandlungen.
Verzeichnis der von Dr. Max Bartels veröffentlichten wissenschaftlichen Werke und Abhandlungen.

Erste Abteilung.

Der Organismus des Weibes.

I. Die anthropologische Auffassung des Weibes.

1. Die Entstehung des Geschlechts. — 2. Gestalt und Körperbau des Weibes. — 3. Die sekundären Geschlechtscharaktere bei den europäischen Weibern. — 4. Die sekundären Geschlechtscharaktere am Gehirn der europäischen Weiber. — 5. Die sekundären Geschlechtscharaktere bei den außereuropäischen Weibern. — 6. Allgemeines über sekundäre Geschlechtscharaktere. — 7. Die Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts und der Weiberüberschuß.

II. Die psychologische Auffassung des Weibes.

8. Die psychologischen Aufgaben des Weibes. — 9. Die moderne Psychologie in ihrer Auffassung des weiblichen Charakters. — 10. Die abnormen Ehen und der Selbstmord. — 11. Die Beteiligung des weiblichen Geschlechts am Verbrechen. — 12. Die Verbrecherin in anthropologischer Beziehung.

III. Die ästhetische Auffassung des Weibes.

13. Die weibliche Schönheit. — 14. Fördernde und hemmende Bedingungen für die weibliche Schönheit. — 15. Der Darwinismus über die Entwicklung weiblicher Schönheit. — 16. Die Mischung der Rassen steigert meist die Entwicklung weiblicher Schönheit. — 17. Die Verkümmerung des weiblichen Geschlechts. — 18. Die Verteilung der weiblichen Schönheit unter den Völkern. — 19. Die Schönheit der Europäerinnen. — 20. Die Schönheit

der Asiatinnen. — 21. Die Schönheit der Ozeanierinnen. — 22. Die Schönheit der Amerikanerinnen. — 23. Die Schönheit der Afrikanerinnen. — 24. Das Schönheitsideal bei verschiedenen Völkern.

IV. Die willkürliche Beeinflussung der weiblichen Schönheit.

25. Der Geschmack und seine Auffassung der weiblichen Schönheit. — 26. Das Bemalen. — 27. Das Tatauieren. — 28. Die Erzeugung von Schmucknarben. — 29. Die Kopfplastik. — 30. Die Körperplastik am Rumpfe und an den oberen Extremitäten. — 31. Die Körperplastik an den unteren Extremitäten. — 32. Die Körperplastik an den Füßen der Chinesinnen.

V. Die Auffassung des Weibes im Volks- und religiösen Glauben.

33. Der Aberglaube in der Behandlung des Weibes. — 34. Die religiösen Satzungen in bezug auf das Geschlechtsleben der Frau. — 35. Die Frauensprache.

VI. Die äußeren Sexualorgane des Weibes in ethnographischer Hinsicht.

36. Die äußeren Sexualorgane des Weibes im allgemeinen. — 37. Sagen über den Ursprung der weiblichen Geschlechtsteile. — 38. Das weibliche Becken in anthropologischer Beziehung. — 39. Die Gesäßgegend des Weibes in anthropologischer Beziehung und der Wuchs. — 40. Die Steatopygie oder der Fettsteiß. — 41. Die äußeren weiblichen Sexualorgane und ihre anthropologischen Merkmale. — 42. Die Hottentottenschürze. — 43. Die angeborene Vergrößerung der Klitoris. — 44. Die künstliche Vergrößerung der Schamlippen und der Klitoris. — 45. Die absichtliche Zerstörung des Jungfernhäutchens. — 46. Die Beschneidung der Mädchen. — 47. Das Lebensalter und die Ausführung der Mädchenbeschneidung. — 48. Die Infibulation oder die Vernähung der Mädchen. — 49. Das Wiederaufschneiden der infibulierten Weiber. — 50. Der Mons Veneris in anthropologischer Beziehung. — 51. Die Körperbehaarung. — 52. Das Schamhaar im Volksglauben. — 53. Der Mons Veneris in ethnographischer Beziehung.

Old Bets, Sioux-Indianerin (Minnesota), 120 Jahre alt. (Nach Photographie.)

VII. Die inneren Sexualorgane des Weibes in ethnographischer Beziehung.

54. Die Erkenntnis des anatomischen Baues der inneren weiblichen Geschlechtsorgane bei den alten Griechen, Römern und Ägyptern. — 55. Die Erkenntnis des anatomischen Baues der inneren weiblichen Geschlechtsorgane bei den alten Indern, den Japanern und Chinesen. — 56. Die Gebärmutter in anthropologischer Beziehung. — 57. Die Gebärmutter im Volksglauben. — 58. Die Eierstöcke und die Kastration der Weiber.

VIII. Die Weiberbrust.

59. Die Weiberbrust in ihrer Rassengestaltung. — 60. Die Brustwarzenhöfe. — 61. Die Brustwarzen. — 62. Die Brüste der Europäerinnen. — 63. Die Brüste der Amerikanerinnen. — 64. Die Brüste der Afrikanerinnen. — 65. Die Brüste der Asiatinnen. — 66. Die Brüste der Ozeanierinnen. — 67. Die Pflege, die Behandlung und die Ausschmückung der weiblichen Brust. — 68. Die Verstümmelungen der weiblichen Brust. — 69. Die Weiberbrust im Volksglauben.

Zweite Abteilung.

Das Leben des Weibes.

70. Die Hauptabschnitte in dem Leben des Weibes.

IX. Das Weib im Mutterleibe.

71. Die Erkenntnis des Geschlechts der Kinder im Mutterleibe an natürlichen Zeichen. — 72. Übernatürliche Zeichen zur Erkennung des Geschlechts der Kinder im Mutterleibe. — 73. Der Verlauf der Mädchengeburten und der Knabengeburten.

Digitized by Google

X. Das Weib während der Zeit der geschlechtlichen Unreife oder die Kindheit des Weibes.

74. Die Aufnahme des Mädchens nach der Geburt. — 75. Die Mädchentötung. — 76. Das Leben des weiblichen Kindes. — 77. Das kleine Mädchen in anthropologischer Beziehung. — 78. Statistisches über das Wachstum der Kinder. — 79. Der Backfisch in anthropologischer Beziehung.

XI. Die Reife des Weibes (die Pubertät) in anthropologischer Beziehung.

80. Das erste Eintreten der Menstruation. — 81. Der Einfluß des Klimas auf das erste Eintreten der Menstruation. — 82. Der Einfluß der Rasse auf das erste Eintreten der Menstruation. — 83. Der Einfluß des Standes und der Lebensweise auf das erste Eintreten der Menstruation. — 84. Der Einfluß des vorzeitigen Geschlechtsgenusses auf das erste Eintreten der Menstruation. — 85. Anderweitige Einflüsse auf das erste Eintreten der Menstruation. — 86. Das Lebensalter für den Menstruations-Eintritt bei den Europäerinnen. — 87. Das Lebensalter für den Menstruations-Eintritt bei den Asiatinnen. — 88. Das Lebensalter für den Menstruations-Eintritt bei den Afrikanerinnen, den Ozeanierinnen und den Amerikanerinnen. — 89. Die Frühreife.

XII. Die monatliche Reinigung.

90. Die Menstruation im Volksmunde. — 91. Die Quantität des Menstruationsblutes. — 92. Beeinträchtigungen der Menstruation. — 93. Die normale Menstruation. — 94. Die Störungen der Menstruation und die Volksmedizin.

XIII. Die Menstruation in ethnographischer Beziehung.

95. Gebräuche bei dem Eintritt der Menstruation. — 96. Die Reifeprüfung und das Reifezeichen. — 97. Das Einsperren der zum erstenmal Menstruierenden. — 98. Das Reifefest.

XIV. Die Menstruation im Volksglauben.

99. Abergläubische Verhaltungsmaßregeln bei der ersten Menstruation. — 100. Die Menstruierende gilt für unrein. — 101. Die Unreinheit der Menstruierenden bei den alten Kulturvölkern und ihren Nachfolgern. — 102. Die Unreinheit der Menstruierenden bei den Naturvölkern. — 103. Die Menstruierende ist für sich selber verunreinigend. — 104. Das Unheil, welches die Menstruierende anrichtet. — 105. Das Menstrualblut als Arzneimittel. — 106. Das Menstrualblut als Zaubermittel. — 107. Der Glaube von dem Ursprung der Menstruation. — 108. Anderweitiger Menstruations-Aberglaube.

XV. Der Eintritt des Weibes in das Geschlechtsleben.

109. Die Beziehungen des Weibes zum männlichen Geschlecht. — 110. Die Schamhaftigkeit des Weibes. — 111. Das weibliche Schamgefühl bei den Naturvölkern. — 112. Die weibliche Schamhaftigkeit bei den höher kultivierten Volksstämmen. — 113. Die Keuschheit des Weibes. — 114. Europäische Weiberkeuschheit.

XVI. Die Jungfrauschaft.

115. Jungfrauenzauber und Jungfrauschaftsorakel. — 116. Die Mißachtung der Jungfrauschaft. — 117. Die Wertschätzung der Jungfrauschaft. — 118. Die verlorene Jungfrauschaft. — 119. Die künstliche Jungfrauschaft.

XVII. Das Weib im Geschlechtsverkehr.

120. Der Beischlaf. — 121. Absonderliche Beweggründe für die Ausübung des Beischlafs. — 122. Abstinenz-Vorschriften. — 123. Feierzeit-Abstinenz. — 124. Brautnacht-Abstinenz. — 125. Die Stellung bei dem Koitus. — 126. Der rituelle Beischlaf. — 127. Masturbation und Tribadie und die Unzucht mit Tieren. — 128. Geschlechtlicher Verkehr mit Göttern, Geistern, Teufeln und Dämonen.

XVIII. Die Prostitution.

129. Die Preisgebung der Weiber. — 130. Die gastliche Prostitution. — 131. Die heilige Prostitution. — 132. Die gewerbsmäßige Prostitution in ihrer ethnographischen Ausbreitung. — 133. Die erzwungene Prostitution der Gottinnen. — 134. Die temporäre, gewerbsmäßige Prostitution. — 135. Zur Geschichte der gewerbsmäßigen Prostitution in Europa. — 136. Die Verhütung der Prostitution. — 137. Die Anthropologie der Prostituierten. — 138. Heilige Orgien und erotische Feste.

XIX. Liebe und Liebeswerben.

139. Die Liebe. — 140. Der Liebeszauber. — 141. Die Liebeshelfer. — 142. Liebes-Abwehr. — 143. Heiratsorakel und Ehestandsprognose. — 144. Die Brautwerbung und der Brautstand.

XX. Die Ehe.

145. Die Entwicklung der Ehe. — 146. Die Levirats-Ehe und die Chalitza. — 147. Die Probe-Ehe. — 148. Hinderungsgründe der Ehe. — 149. Die Ehe zwischen Blutsverwandten. — 150. Das Heiratsalter und die Erstgeburt bei den Kulturvölkern. — 151. Das Heiratsalter und die Erstgeburt bei den Naturvölkern. — 152. Die Kinder-Ehe. — 153. Die

Kinder-Ehe in ihrer physiologischen Bedeutung. — 154. Der Kampf gegen die Kinder-Ehe in Indien. — 155. Absonderliche Eben. — 158. Das Jus primae noctis. — 157. Der Ehebruch. — 158. Die Ehescheidung.

XXI. Das Weib im Zustande der Befruchtung.
159. Die Zeugung. — 160. Die Empfängnis. — 161. Der Einfluß der Jahreszeiten und der sozialen Zustände auf die Empfängnis.

XXII. Die Unfruchtbarkeit des Weibes.
162. Warum sind Frauen unfruchtbar? — 163. Physische Ursachen für die Unfruchtbarkeit. — 184. Das Ansehen, in welchem die Unfruchtbarkeit steht. — 165. Die Verhütung der Befruchtung.

XXIII. Die Therapie der Unfruchtbarkeit.
166. Die Verhütung der Unfruchtbarkeit. — 167. Die Vorhersage der Unfruchtbarkeit. — 168. Arzneiliche und mechanische Mittel gegen die Unfruchtbarkeit. — 169. Badekuren gegen die Unfruchtbarkeit. — 170. Göttliche Hilfe gegen die Unfruchtbarkeit. — 171. Übernatürliche menschliche Hilfe zur Bekämpfung der Unfruchtbarkeit. — 172. Die Hilfe der Toten gegen die Unfruchtbarkeit. — 173. Die Baumseele, der Feuerfunken und andere sympathetische Hilfsmittel gegen die Unfruchtbarkeit.

XXIV. Die Fruchtbarkeit des Weibes.
174. Die Rassenunterschiede in der Fruchtbarkeit. — 175. Die Fruchtbarkeit der asiatischen Völker. — 176. Die Fruchtbarkeit der amerikanischen Völker. — 177. Die Fruchtbarkeit der afrikanischen Völker. — 178 Die Fruchtbarkeit der Australier und Ozeanier.

XXV. Des Kindes Geschlecht.
179. Mädchen- und Knaben-Erzeugung. — 180. Die willkürliche Vorherbestimmung des Geschlechts im Volksglauben.

XXVI. Mehrfache Schwangerschaft.
181. Die Überfruchtung. — 182. Paarlinge. — 183. Zwillinge. — 184. Drillinge, Vierlinge, Fünflinge usw. — 185. Die Ursache der Mehrbefruchtung. — 186. Das Schändende und Gefährliche der Zwillingsgeburten. — 187. Die Wertschätzung der Zwillingsgeburten.

XXVII. Das physische Verhalten während der Schwangerschaft.
188 Die Erkenntnis der Schwangerschaft. — 189. Übernatürliche Schwangerschaftszeichen und der Sprachgebrauch. — 190. Die Schwangere in der bildenden Kunst. — 191. Ältere Anschauungen über die Entwicklung der Frucht — 192. Die Schwangerschaftsdauer. — 193. Ungewöhnlich lange Dauer der Schwangerschaft.

XXVIII. Normale und abnorme Schwangerschaft.
194. Die Lage und das Stürzen des Kindes im Mutterleibe — 195. Die Ansichten der außereuropäischen Völker über die Lage des Embryo im Mutterleibe. — 196. Der Christus-Embryo in der bildenden Kunst. — 197. Die Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter. — 198. Falsche Schwangerschaften.

XXIX. Das soziale Verhalten während der Schwangerschaft.
199. Zeremonien und religiöse Gebräuche bei dem Eintreten der Schwangerschaft. — 200. Die Abwehr böser Geister und Dämonen während der Schwangerschaft. — 201. Die Schwangerschafts-Dämonen in Europa und der Schutz vor denselben. — 202. Die Bedeutung des Gürtels in der Schwangerschaft. — 203. Die rechtliche Stellung der Schwangeren. — 204. Die Verhaltung der Schwangeren

XXX. Die Gesundheitspflege der Schwangerschaft.
205. Ärztliche Vorschriften während der Schwangerschaft. — 206. Die Ernährung der Schwangeren und die Speiseverbote. — 207. Die Tracht der Schwangeren. — 208. Die Gelüste der Schwangeren. — 209. Die Sorge für die psychische Stimmung der Schwangeren.

XXXI. Die Gefahren und der Schutz der Schwangeren.
210. Das Versehen der Schwangeren. — 211. Abergläubische Verhaltungsregeln während der Schwangerschaft. — 212. Die Pflichten des Ehemannes während der Schwangerschaft.

XXXII. Die Therapie und die Prognose der Schwangerschaft.
213. Mechanische Vorkehrungen während der Schwangerschaft. — 214. Das Baden und Einsalben während der Schwangerschaft. — 215. Die Blutentziehungen während der Schwangerschaft. — 216. Die medikamentöse Behandlung der Schwangeren. — 217. Die abergläubische Prognose der Schwangerschaft.

XXXIII. Unzeitige Geburten und Fehlgeburten.
218. Die Arten der unzeitigen Geburten. — 219. Wann ist die Frucht lebensfähig? — 220. Die künstliche Frühgeburt. — 221. Die Totgeburten.

XXXIV. Die zufällige Fehlgeburt oder der natürliche Abortus.
222. Der natürliche Abortus in seinen Ursachen und seiner Verbreitung. — 223. Die Maßregeln zur Verhütung von Fehlgeburten. — 224. Das Schicksal des Abortus. — 225. Die Anzeichen des beginnenden Abortus.

XXXV. Die absichtliche Fehlgeburt oder die Abtreibung der Leibesfrucht.
226. Die Bedeutung der Fruchtabtreibung. — 227. Die Verbreitung der Fruchtabtreibung unter den jetzigen Völkern. — 228. Die Fruchtabtreibung unter den Völkern weißer Rasse. — 229. Die Beweggründe für die Abtreibung der Leibesfrucht. — 230. Die Abortivmittel im Altertum und Mittelalter. — 231. Die Abortivmittel der heutigen außereuropäischen Völker. — 232. Die in Europa gebräuchlichen Abortivmittel. — 233. Die Methoden der Fruchtabtreibung. — 234. Versuche zur Beschränkung der Fruchtabtreibung.

Zweiter Band.

(Fortsetzung der zweiten Abteilung: Das Leben des Weibes.)

XXXVI. Die rechtzeitige Geburt.
235. Die Geburt im allgemeinen. — 236. Der sogenannte Instinkt beim Gebären und seine wissenschaftlich-praktische Verwertung. — 237. Die Geburt in linguistischer Hinsicht. — 238. Die Geburt in der Bilderschrift.

XXXVII. Die Geburt im religiösen und im Volksglauben.
239. Der Mystizismus der Geburt. — 240. Die Gebärende gilt als unrein. — 241. Die Gebärende muß Ruhe haben.

XXXVIII. Die Mythologie der Geburt.
242. Die Entstehung mythologischer Anschauungen über die Geburtsvorgänge. — 243. Die Gottheiten der Geburt bei den alten Kulturvölkern des Euphrat-Tigris-Gebietes. — 244. Die Gottheiten der Geburt bei den phönizischen Völkern. — 245. Die Gottheiten der Geburt bei den alten Ägyptern. — 246. Die Gottheiten der Geburt bei den iranischen Völkern. — 247. Die Gottheiten der Geburt bei den Indern. — 248. Die Gottheiten der Geburt bei den Griechen. — 249. Die Gottheiten der Geburt bei den Römern und Etruskern. 250. Die Gottheiten der Geburt bei den indogermanischen Völkern. — 251. Die Gottheiten der Geburt bei den Lappen, Finnen, Magyaren, Mordwinen, Letten, Wodjäken und Tungusen. — 252. Die Gottheiten der Geburt bei den Chinesen, Japanern, Annamiten und Cochinchinesen, Niassern, Dajaken, Atjehern, Gilbert-Insulanern und Samoanern. — 253. Die Gottheiten der Geburt bei den alten Kulturvölkern Amerikas. — 254. Die Gottheiten der Geburt bei den monotheistischen Völkern.

XXXIX. Die Stätte der Niederkunft.
255. Die Wahl des Ortes, an dem die Gebärende niederkommt. — 256. Das Allein-Gebären im Freien. — 257. Das Gebären im Freien mit Hilfe anderer. — 258. Die Geburts-Überraschung im Freien. — 259. Öffentliche Entbindungen. — 260. Die Niederkunft im Wohnhause. — 261. Die Niederkunft in der Badstube. — 262. Die Gebärhütten.

XL. Die gesundheitsgemäße Geburt und ihre Bedingungen.
263. Sind die Geburten leichter bei Kulturvölkern oder bei Naturvölkern? — 264. Der Verlauf der Geburten in Australien und Ozeanien. — 265. Der Verlauf der Geburten in Asien. — 266. Der Verlauf der Geburten in Afrika. — 267. Der Verlauf der Geburten in Amerika. — 268. Der Verlauf der Geburten in Europa. — 269. Die Ursachen und Bedingungen eines leichten Geburtsverlaufs. — 270. Der Verlauf der Mischlingsgeburten.

XLI. Die Erscheinungen der gesundheitsgemäßen Geburt.
271. Die Geburtsperioden. — 272. Die Wehen. — 273. Die inneren Zeichen des Geburtsvorganges. — 274. Die aktive Beteiligung des Kindes und der Beckenknochen bei der Geburt. — 275. Die normale Kindeslage. — 276. Die Stellung des Kindes bei der Geburt und die Prognose des Geschlechts.

XLII. Die Helfer bei der Geburtsarbeit.
277. Die Entstehung der Geburtshilfe. — 278. Die Lebensweise der Völker beeinflußt die Entwicklung der Geburtshilfe. — 279. Die Übelstände der primitiven Geburtshilfe. — 280. Der Ehemann als Geburtshelfer. — 281. Primitive Hebammen. — 282. Die ersten Anfänge einer gewerbsmäßigen Geburtshilfe. — 283. Degenerierte Geburtshilfe. — 284. Männliche Geburtshelfer.

XLIII. Die Geburtshilfe im Altertum und im frühen Mittelalter.
285. Allgemeiner Überblick über die Geschichte der Geburtshilfe bei den europäischen Kulturvölkern und deren Vorläufern. — 286. Die Geburtshilfe bei den Juden des Altertums. — 287. Die Geburtshilfe bei den alten Indern. — 288. Die Geburtshilfe bei den

alten Ägyptern. — 289. Die Geburtshilfe bei den Griechen des Altertums. — 290. Die Geburtshilfe bei den alten Römern. — 291. Die Geburtshilfe zur Zeit der arabischen Kulturperiode.

XLIV. Die Entwicklung der Geburtshilfe in den modernen Kulturländern Europas.
292. Zur Geschichte der Geburtshilfe in Italien. — 293. Die Entwicklung der Geburtshilfe in Deutschland und der Schweiz im Mittelalter. — 294. Die Entwicklung der Geburtshilfe in Deutschland und der Schweiz während des 16. Jahrhunderts. — 295. Die Geburtshilfe in Deutschland und der Schweiz in der Neuzeit. — 296. Zur Geschichte der Geburtshilfe in Holland. — 297. Die Entwicklung der Geburtshilfe in England. — 298. Die Entwicklung der Geburtshilfe in Frankreich.

XLV. Die Entwicklung der Geburtshilfe in dem übrigen modernen Europa.
299. Zur Geschichte der Geburtshilfe im europäischen Rußland. — 300. Die Geburtshilfe in dem außereuropäischen Rußland. — 301. Die Geburtshilfe in Finnland, Schweden und Estland. — 302. Die Geburtshilfe bei den Süd-Slawen und Neu-Griechen.

XLVI. Die Entwicklung der Geburtshilfe bei den heutigen Kulturvölkern Asiens.
303. Die Geburtshilfe in der Türkei. — 304. Die Geburtshilfe bei den Chinesen. — 305. Die Geburtshilfe bei den Japanern.

XLVII. Die Hebammen im Volksmunde und Volksglauben.
306. Der Name und die Bezeichnung, die Bedeutung und der Einfluß der Hebammen. — 307. Die Hebamme im Aberglauben.

XLVIII. Die Hilfsmittel bei normaler Geburt.
308. Der Ursprung der Hilfeleistung. — 309. Die Körperhaltung und die Lage bei der Niederkunft. — 310. Übersicht der gebräuchlichen Körperhaltungen während der Niederkunft. — 311. Die Verbreitung der Geburtsstellungen über die Erde. — 312. Die Hilfs- und Lagerungsapparate bei der Niederkunft. — 313. Der Gebärstuhl. — 314. Das Gebären auf dem Schoße. — 315. Die Anwendung von arzneilich wirkenden Mitteln bei normaler Niederkunft.

XLIX. Manuelle und mechanische Hilfsmittel bei der normalen Geburt.
316. Die Behandlung mit Salbungen, Bähungen und Waschungen bei normaler Niederkunft. — 317. Das Mitpressen der Gebärenden. — 318. Mechanische Hilfeleistung bei normalem Geburtsverlauf durch Drücken und Kneten des Unterleibes. — 319. Die künstliche Erweiterung der Geschlechtsteile. — 320. Der Schutz und die Unterstützung des Dammes. — 321. Das Ziehen an den vorliegenden Kindesteilen.

L. Die Geburtsstellung bei den alten Kulturvölkern.
322. Die Entbindung bei den alten Ägyptern. — 323. Die Entbindung im alten Griechenland. — 324. Die Entbindung im alten Rom. — 325. Die Entbindung bei den alten Kulturvölkern Amerikas.

LI. Die Trennung des Neugeborenen von der Mutter.
326. Gibt es einen Instinkt in der Behandlung der Nachgeburtsperiode? — 327. Die Durchtrennung des Nabelstranges oder die Abnabelung des Kindes. — 328. Die Abnabelung bei den Ozeaniern. — 329. Die Abnabelung in Asien. — 330. Die Abnabelung bei den Völkern Amerikas. — 331. Die Abnabelung bei den afrikanischen Völkern. — 332. Die Abnabelung bei den alten Kulturvölkern. — 333. Die Abnabelung bei den europäischen Völkern. — 334. Überblick über die Methoden der Abnabelung.

LII. Die Geburtshilfe der Nachgeburtsperiode.
335. Die Ausstoßung der Nachgeburtsteile. — 336. Das Verhalten der Naturvölker in der Nachgeburtsperiode. — 337. Die Verzögerungen bei der Ausstoßung der Nachgeburtsteile. — 338. Übernatürliche und sympathetische Mittel, um die Ausstoßung der Nachgeburtsteile zu beschleunigen. — 339. Die Nabelschnur als Handhabe zur Entfernung der Nachgeburt. — 340. Das Herausdrücken der Nachgeburtsteile. — 341. Die innerlichen Handgriffe zur Entfernung der Nachgeburtsteile. — 342. Die Ausstoßung der Nachgeburtsteile bei den Japanern. — 343. Die Ausstoßung und Entfernung der Nachgeburtsteile bei den alten Kulturvölkern. — 344. Die Ausstoßung und Entfernung der Nachgeburtstelle bei den heutigen Kulturvölkern. — 345. Die Entfernung der Nachgeburtsteile in der europäischen Volks-Geburtshilfe.

LIII. Die Ethnographie der Nachgeburtsteile.
346. Die Benennungen der Nachgeburtsteile. — 347. Die Auffassung der Nachgeburtsteile. — 348. Die Abnabelung im Glauben der Völker. — 349. Die Nabelschnur und der Nabelschnurrest im Volksglauben. — 350. Die Nachgeburt im Volksglauben. — 351. Der Plazenta-Zwilling. — 352. Das Begraben der Nachgeburt. — 353. Anderweitige Beseitigung und Beisetzung der Nachgeburt. — 354. Die Eihäute im Volksglauben. — 355. Die künstliche Gebärmutter und das Geborenwerden Erwachsener.

Rhodija-Mädchen (Ceylon). Nach einer von Dr. *F. Heger* (Wien) überlassenen Photographie.

Digitized by Google

LIV. Die fehlerhafte Geburt.
356. Die Auffassung der Geburtsstörungen bei den Naturvölkern. — 357. Historisches über die Schwergeburten. — 358. Die Ansichten der Chinesen und Japaner über die Schwergeburten. — 359. Die fehlerhafte Geburt durch die Körperbeschaffenheit der Gebärenden. — 360. Der Embryo sucht absichtlich die Niederkunft zu verhindern. — 361. Die fehlerhafte Geburt auf ungewöhnlichem Wege. — 362. Geburtsstörungen durch die Nachgeburtsteile.

LV. Die Schwergeburten im Volksglauben.
363. Die übernatürliche Hilfe bei schweren Entbindungen. — 364. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den alten Kulturvölkern und ihren Epigonen. — 365. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den Deutschen und ihren Stammesgenossen. — 366. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den romanischen Völkern. — 367. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den Völkern Rußlands und den Slawen. — 368. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den Magyaren, Zigeunern und Neu-Griechen. — 369. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den Japanern und Chinesen. — 370. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den vorkolumbischen Bewohnern von Mexiko. — 371. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den Indianern Amerikas. — 372. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den afrikanischen Völkern. — 373. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den Völkern Asiens. — 374. Die übernatürlichen Geburtshilfsmittel bei den Völkern Ozeaniens. — 375. Die Beichte als Beförderungsmittel bei schwerer Niederkunft. — 376. Das Herausjagen und Herauslocken des Kindes aus dem Mutterleibe als Beförderungsmittel bei verzögerter Niederkunft.

LVI. Die natürlichen Hilfsmittel bei fehlerhafter Geburt.
377. Die Arten der Hilfsleistung bei schweren Geburten. — 378. Die Darreichung innerlicher Arzeneien bei schweren Entbindungen unter den europäischen Völkern. — 379. Die Darreichung innerlicher Arzeneien bei schweren Entbindungen unter den außereuropäischen Völkern. — 380. Äußerliche Arzeneien bei schweren Entbindungen. — 381. Die mechanisch wirkenden Hilfsmittel bei schweren Entbindungen. — 382. Mechanische Hilfe bei schweren Entbindungen in Japan. — 383. Die Anwendung des äußeren Druckes als Hilfsmittel bei schweren Entbindungen. — 384. Das Belasten des Unterleibes als Hilfsmittel bei schweren Entbindungen. — 385. Das Umschnüren des Unterleibes als Hilfsmittel bei schweren Entbindungen. — 386. Das Aufhängen und das Schütteln der Kreißenden als Hilfsmittel bei schweren Entbindungen.

LVII. Die Geburt bei fehlerhafter Kindeslage und die hierbei gebräuchlichen Handgriffe und Operationen.
387. Die Anschauungen über die Ursachen der fehlerhaften Kindeslagen. — 388. Die Ermöglichung der Geburt bei fehlerhafter Kindeslage durch äußerliche Handgriffe. — 389. Die Ermöglichung der Geburt bei fehlerhafter Kindeslage durch Umstülpen der Frau. — 390. Die Ermöglichung der Geburt bei fehlerhafter Kindeslage durch innerliche Handgriffe. — 391. Die Tötung und Zerstückelung des Kindes während der Geburt.

LVIII. Der Kaiserschnitt.
392. Das Herausschneiden des lebenden Kindes nach dem Tode der Mutter. — 393. Das Herausschneiden des lebenden Kindes aus der lebenden Mutter. — 394. Der Kaiserschnitt an der Lebenden bei den Naturvölkern.

LIX. Die Physiologie und die Pathologie des Wochenbettes.
395. Die physiologische Bedeutung des Wochenbettes. — 396. Die primären Gefahren der Wochenbettsperiode. — 397. Die Blutflüsse im Wochenbett. — 398. Die Bekämpfung der Blutflüsse im Wochenbett bei den Naturvölkern. — 399. Der Gebärmuttervorfall. — 400. Die Nachwehen. — 401. Das Kindbettfieber. — 402. Die Geistesstörungen im Wochenbett.

LX. Die Therapie des Wochenbettes.
403. Das Zurechtlegen der Genitalien im Wochenbett. — 404. Die Räucherungen im Wochenbett. — 405. Das Baden der Wöchnerin. — 406. Das Waschen und Schwitzen im Wochenbett. — 407. Das Binden des Leibes bei der Wöchnerin.

LXI. Das diätetische Verhalten im Wochenbett.
408. Das Stehen und Sitzen im Wochenbett. — 409. Das Liegen im Wochenbett. — 410. Ernährung und Getränke im Wochenbett bei den Völkern Europas. — 411. Ernährung und Getränke im Wochenbett bei den außereuropäischen Völkern. — 412. Mangelnde Wochenbettpflege. — 413. Die Dauer des Wochenbettes.

LXII. Das Zeremoniell, die Symbolik und die Mystik des Wochenbettes.
414. Die Wochenstube. — 415. Die Wochenbesuche. — 416. Die Unreinheit der Wöchnerin. — 417. Die Unreinheit der Wöchnerin bei den Kulturvölkern. — 418. Geschlechtsunterschiede in der Unreinheit der Wöchnerin. — 419. Wochenbettgebräuche. — 420. Der Aberglaube des Wochenbettes. — 421. Der feierliche Abschluß der Wochenbettzeit bei den Naturvölkern. — 422. Der feierliche Abschluß des Wochenbettes in Europa. — 423. Das Männerkindbett.

Digitized by Google

LXIII. Das Säugen.
424. Physiologisches über die Mutterbrust. — 425. Die Milchsekretion in ihrem Verhältnis zu der Befruchtung und der Menstruation. — 426. Das Säugen durch die Mutter. — 427. Die Dauer des Säugens. — 428. Die Stellungen bei dem Säugen. — 429. Das Säugen durch Vertreterinnen und durch Ammen.

LXIV. Ungewöhnliche Säugammen.
430. Das Säugen durch Tiere. — 431. Das Säugen durch die Großmutter. — 432. Das Säugen durch den Vater.

LXV. Die Mutterbrust im Brauche und Glauben der Völker.
433. Die Mutterbrust in kulturgeschichtlicher Beziehung. — 434. Die Diätetik der Säugezeit. — 435. Vorschriften und Gebräuche beim Säugen. — 436. Die Gefahren der Säugenden. — 437. Die Gefahren des Säuglings. — 438. Milchmangel. — 439. Das Absetzen des Kindes.

LXVI. Ungewöhnlicher Gebrauch der Frauenmilch.
440. Die Frauenmilch als Medizin und Zaubermittel. — 441. Die Ernährung Erwachsener mit Frauenmilch und die Darreichung der Brust an Erwachsene. — 442. Das Säugen von jungen Tieren an der Frauenbrust.

LXVII. Die soziale Stellung des primitiven Weibes.
443. Die Entwicklung der sozialen Stellung des Weibes aus Urzuständen. — 444. Die Frau im Kultus. — 445. Die soziale Stellung des Weibes bei den Ozeaniern. — 446. Die soziale Stellung des Weibes bei den Völkern Amerikas. — 447. Die soziale Stellung des Weibes bei den afrikanischen Völkern. — 448. Die soziale Stellung des Weibes bei den Völkerschaften Asiens.

LXVIII. Die soziale Stellung des Weibes bei den alten Kulturvölkern.
449. Die soziale Stellung des Weibes bei den alten Kulturvölkern Asiens und ihren Nachkommen. — 450. Die soziale Stellung des Weibes bei den alten Ägyptern. — 451. Die soziale Stellung des Weibes bei den alten Israeliten. — 452. Die soziale Stellung des Weibes im klassischen Griechenland. — 453. Die soziale Stellung des Weibes im alten Rom.

LXIX. Der Einfluß der religiösen Bekenntnisse auf die soziale Stellung des Weibes.
454. Das Weib im Islam. — 455. Das Weib im Christentume. — 456. Das Weib im heidnischen Europa. — 457. Die soziale Stellung des Weibes im mittelalterlichen Europa.

LXX. Die soziale Stellung des Weibes bei den Kulturvölkern der Neuzeit.
458. Die soziale Stellung des Weibes bei den Deutschen der Neuzeit. — 459. Die soziale Stellung des Weibes bei den Engländern der Neuzeit. — 460. Die soziale Stellung des Weibes bei den Spaniern und Italienern der Neuzeit. — 461. Die soziale Stellung des Weibes bei den Franzosen der Neuzeit. — 462. Die soziale Stellung des Weibes bei den slawischen Völkern der Neuzeit. — 463. Die soziale Stellung des Weibes bei den Völkern des heutigen Rußland.

LXXI. Das Weib in seinem Verhältnis zu der folgenden Generation.
464. Das Weib als Mutter. — 465. Das Weib als Stief- und Pflegemutter.

LXXII. Das geschlechtsreife Weib im Zustande der Ehelosigkeit.
466. Die eheverschmähte Jungfrau. — 467. Die alte Jungfer in anthropologischer Beziehung. — 468. Die Ethnographie der alten Jungfer. — 469. Die Derfjungfrau. — 470. Die Gottesjungfrau. — 471. Die Amazonen im Altertum. — 472. Die Amazonen im Mittelalter. — 473. Die Amazonen der Neuzeit.

LXXIII. Die Witwe.
474. Die Witwentrauer. — 475. Die Witwentötung. — 476. Heiratsverbot, Heiratszwang und Heiratserlaubnis der Witwen. — 477. Die Witwenrechte. — 478. Das Scheinwitwentum.

LXXIV. Das Weib nach dem Aufhören der Fortpflanzungsfähigkeit.
479. Die Wechseljahre des Weibes. (Das Klimakterium.) — 480. Die obere Altersgrenze der Schwängerung. — 481. Die Matrone in anthropologischer Beziehung. — 482. Ältere Anschauungen über die Anthropologie der Matrone. — 483. Der Zeitpunkt des Klimakteriums bei außereuropäischen Völkern. — 484. Die Großmutter. — 485. Die Schwiegermutter. — 486. Des Mannes Schwiegermutter. — 487. Das Schwiegermutter-Zeremoniell.

LXXV. Die Greisin im Volksglauben.
488. Das alte Weib. — 489. Die Beseitigung der alten Weiber. — 490. Die Wertschätzung der alten Weiber. — 491. Die Hexe. — 492. Moderner Hexenglaube. — 493. Die Zauberin, die Wahrsagerin und die kluge Frau.

LXXVI. Das Weib im Greisenalter.
494. Die Greisin in anthropologischer Beziehung. — 495. Die anthropologische Bedeutung der Altersveränderungen des Weibes.

LXXVII. Das Weib im Tode.

496. Das Sterben des Weibes. — 497. Der unnatürliche Tod der Weiber. — 498. Der Tod des Weibes durch eigene Hand. — 499. Das Weiberbegräbnis. — 500. Die tote Jungfrau. — 501. Die tote Braut. — 502. Die während der Menstruation Gestorbene. — 503. Die tote Schwangere. — 504. Die tote Kreißende. — 505. Die Niederkunft der Toten. — 506. Die tote Wöchnerin. — 507. Das Begräbnis der im Wochenbett Gestorbenen. — 508. Das Umgehen der toten Wöchnerin. — 509. Die säugende Mutter im Tode. — 510. Der Tod der Mutter tötet das Kind. — 511. Der geschlechtliche Verkehr mit der Toten. — 512. Die Schwängerung der Toten. — 513. Die Totenhochzeit. — 514. Die wiedergenommene Tote.

515. **Schlußwort.**

Anhang 1.

Kurzer Überblick über die Völker und Rassen unseres Erdballs.

Anhang 2.

Erklärung der Tafeln (I—XI).

Anhang 3.

Verzeichnis der benutzten Literatur (rund 2500 Titel).

Linker Fuß einer zweiunddreißigjährigen Chinesin (im Schuh): drittes Stadium der Deformation. $^2/_3$ nat. Gr. Röntgen-Aufnahme von Dr. *J. Fränkel* (Hoffasche Klinik Berlin 1905). Bei der Aufnahme lag die Außenfläche des Fußes der Platte auf. Nach der von Dr. *J. Fränkel* überlassenen Originalaufnahme.

Einige Auszüge aus Besprechungen früherer Auflagen.

Dr. Pleß, dem wir das treffliche Buch über das Kind verdanken, hat uns ein nicht minder umfassendes Buch über „Das Weib“ geschenkt, das wir mit Fug und Recht ein Standardwork, einen Stolz der heimischen Literatur nennen dürfen. **„Über Land und Meer.“**

Das bekannte und mit Recht so geschätzte Werk tritt uns hier in neuem Gewande (6. Aufl.) entgegen. Daß der naturwissenschaftliche Forscher zunächst hier überall seine Rechnung findet, versteht sich von selbst. Aber auch der Ethnologe, Kulturhistoriker, Ästhetiker, und endlich der wißbegierige Laie geht nicht leer aus . . . Wir können somit das außerdem verhältnismäßig billige Werk aus vollem Herzen empfehlen.

Prof. Dr. Achelis in Westermanns Monatsheften.

Auf die Anregung des Präsidenten der Deutschen Anthropologischen Gesellschaft, Rudolf Virchow, übernahm M. Bartels, der bekannte Berliner Arzt, die Bearbeitung der zweiten Auflage des obengenannten Werkes . . . Alle die tausend Beziehungen des Weibes außerhalb des Kreises des Geschlechtslebens im engeren Sinne waren unberücksichtigt geblieben, und hier tritt Bartels vornehmlich ein. Sein Streben, das Bild zu vervollständigen und ein in sich zusammenhängendes und soweit nur möglich abgeschlossenes Bild des Weibes im Lichte anthropologischer Forschung zu geben, kann als ein nach allen Richtungen geglücktes bezeichnet werden . . . War schon der ersten Auflage mit Recht nachgesagt worden, daß keine Literatur der Welt ein Werk wie das vorliegende aufzuweisen hat, so gilt das für die Neubearbeitung desselben um so mehr.

„Deutsche medizinische Wochenschrift.“

Einen noch bedeutenderen Dienst leistete er der Wissenschaft durch die vorliegende Naturgeschichte des Weibes, die erste derartige wissenschaftliche Arbeit, welche wir in der Literatur besitzen — eine Leistung, um welche uns alle zivilisierten Nationen beneiden werden. **„Ausland.“**

Das allgemein bekannte Werk des vor einigen Jahren verstorbenen Verfassers wird hier dem Publikum in einer neuen, nicht bloß stark vermehrten, sondern auch in hohem Maße verbesserten Form geboten . . . . Der neuen Bearbeitung darf eine glänzende Aufnahme prophezeit werden. . . . So ist in der Tat der Erfolg ein durchschlagender . . Vieles hat natürlich vorwiegend Interesse für den Arzt und Physiologen, aber der Verfasser verfügt über ein so großes Maß allgemeiner Bildung, ja er ist auch in künstlerischen und dichterischen Dingen so bewandert, daß es ihm . . . gelingen wird, auch den Ansprüchen der Philosophen und Naturfreunde überhaupt zu genügen.

Rudolf Virchow i. d. Zeitschrift für Ethnologie.

Keine Literatur irgend eines Volkes hat ein ähnliches Werk aufzuweisen. **„Gaea.“**

Überaus wohltuend berührt die sichtbar ideale Auffassung, welcher es nicht um die oft prickelnde einzelne Tatsache, sondern um einen Beitrag zur Kenntnis des Menschengeschlechts zu tun ist. **„Die Natur.“**

Jede neue Auflage zeugt von dem unermüdlichen Eifer des Verfassers . . . Das Werk ist zu einem wissenschaftlichen Handbuche ersten Rangos geworden, das auf seinem Gebiete keinen Rivalen kennt.

Dir. **Dr. Heger**
i. d. Mitt. d. Wiener anthropol. Ges.

Kaffernmädchen aus Natal mit Schmucknarben. (Nach Photographie; Sammlung *Joest*.)

Aus Besprechungen der 8. Auflage.

Eine außerordentlich große Zahl der verschiedensten wissenschaftlichen Studien haben uns Ploß und Bartels hinterlassen, ihr Hauptwerk aber ist und bleibt „Das Weib", ein Buch, das wie wenige geeignet ist, für Menschen- und Völkerkunde Interesse zu erwecken und zu wissenschaftlichen Beobachtungen Anregung zu geben. Es ist ein seltenes Werk, und wir wagen es nicht, der erschienenen 8. Auflage gute Wünsche oder unsere Empfehlung mit auf den Weg zu geben; dessen bedarf auch dieses Buch von Ploß-Bartels nicht, das, trotz seiner wissenschaftlichen Haltung und seines großen Umfanges seit 1884 durchschnittlich alle drei Jahre eine Neuauflage erleben durfte. — Die Lektüre bietet reichen Genuß und gerade für den Arzt eine ungeheure Fülle des Wissenswerten.

„Deutsche Medizinalzeitung" 1906 Nr. 13.

Das bekannte, ja, man darf wohl sagen berühmte Werk von Ploß-Bartels „Das Weib" liegt in 8. Auflage vor uns ... Über das Werk selbst soll hier — da dies hieße Eulen nach Athen tragen — keine Kritik abgegeben werden. Der Ruf des Buches ist ja ein seit langem festbegründeter, und jede neue Auflage hat dank dem nie rastenden Fleiße und der kritischen Sichtung des Herausgebers stets nur sicher begründete, neue und interessante Tatsachen gebracht. Angesichts des starken Umfanges und der sehr großen Anzahl von Abbildungen ist der Preis ein recht mäßiger.

„Anatomischer Anzeiger" 1906 Nr. 3 u. 4.
Prof. v. Bardeleben.

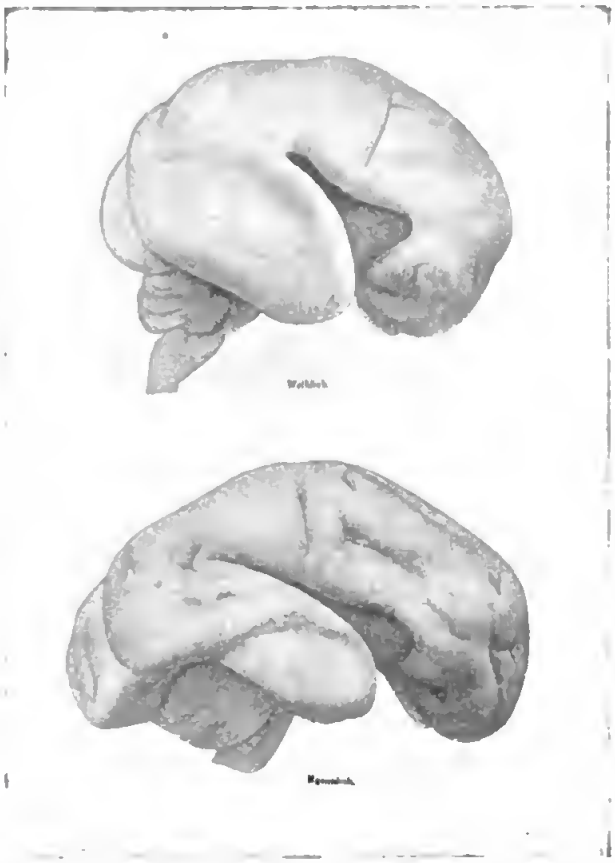
Die vorliegende 8. Auflage ist wiederum gewachsen, die Zahl der Abbildungen ist um 45 angestiegen; der Text scheint auch vermehrt zu sein, denn die Anzahl der Seiten beträgt 100 Seiten mehr als in der früheren Auflage. Welch' ein Unterschied zwischen der 1., noch von Ploß besorgten Auflage und der vorliegenden 8. mit ihren rund anderthalbtausend Druckseiten großen Formates, 700 Abbildungen und vielen lithographischen Tafeln. Was hat M. Bartels aus der kleinen unscheinbaren 1. Auflage zu machen verstanden! Ein Standardwork im wahren Sinne des Wortes ist daraus entstanden. Einer Empfehlung bedarf es nicht.

„Zentralblatt für Anthropologie", 1905 Heft 6.
Dr. Buschan-Stettin.

Australierin aus Nord-Queensland mit großen Schmucknarben. (*Carl Günther*, Berlin, phot.)

Dieses Werk, das seit seinem erstmaligen Erscheinen im Jahre 1884 sich rasche und steigende Anerkennung im deutschen Schrifttum erworben, bedarf eigentlich keiner weiteren Empfehlung mehr. Wer immer über das Weib schreibt und schrieb, versäumte nicht, aus diesem reichen Schatz von Detail-Kenntnissen zu schöpfen, welche in unverlässiger Weise zusammengetragen, übersichtlich geordnet und im großen und ganzen auch kritikvoll in allgemein naturwissenschaftlichem Geiste miteinander verbunden und gegeneinander abgewogen werden. Der Verfasser legt sich nicht in bestimmten Theorien fest, und jeder Forscher, Anthropologe, Ethnologe wie Biologe wird sich sein eigenes Urteil über den Wert der Berichte machen müssen. Die anregende Wirkung schon der alleinigen

An erster Stelle unter den Empfehlungen für die neue Auflage des vorliegenden Werkes zitierte Bartels aus meiner Volkskunde die Bemerkungen: „Das berühmte Werk von Ploß über das Weib liegt nun in der 7. Auflage vor, die zugleich eine 6. Neubearbeitung von Bartels ist. Daß es ein fast neues Werk geworden, ist auf den Aufschwung der Volkskunde zurückzuführen, von der Bartels den gründlichsten Gebrauch zu machen versteht. In den 2 Bänden ist der Stoff für rund 800 Monographien in nuce mit bewunderungswürdiger Kürze vereinigt, und Anregungen kann man daraus zu weiteren tausend Schriften gewinnen. Bartels ist ein Forscher, der mit unsäglichem Fleiße und mit scharfen Blicken des Arztes und Ethnologen alles herausfindet, was die Einsicht in das vom Mann



Gehirne einer männlichen und einer weiblichen Zwillingsfrucht von 264 bzw. 256 mm Länge. Laterale Ansicht. Präparat von *Waldeyer* (gez. von *Frohse*).

Darbietung der zahlreichen, zumeist auch so unbekannten Tatsachen wird das Werk aber für jeden geistigen Arbeiter auf diesem Gebiete als wertvollen Besitz erscheinen lassen . . .

„Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie"
2. Jahrgang 5. u. 6. Heft. Dr. E. Rüdin.

Was nun das Werk selbst anlangt, so braucht eigentlich darüber nichts Besonderes bemerkt zu werden. Die letzten Auflagen sind in Abständen von je 2—3 Jahren, also sehr rasch hintereinander erfolgt. Das sagt alles. Ref. besitzt auch Exemplare von der 2. und 6. Auflage. Vergleicht er sie mit der vorliegenden, so drängt sich ihm, angesichts des kolossalen Sammelfleißes, der für jede neue Auflage entfaltet und Text wie Abbildungen in gleicher Weise aufgute gekommen ist, das Gefühl rückhaltloser Bewunderung auf.

„Deutsche Ärztezeitung" Berlin.
Prof. Dr. Pagel.

versehiedene Leben der Frau von der Geburt bis über das Grab (im Volksglauben) vertieft. In seinen Ausführungen an den einzelnen Kapitelchen beschränkt er sich mit weiser Bedächtigkeit auf vorbereitende Erklärungen der folgenden Angaben, die er im Wortlaut beibringt, und die er überdies so anordnet und verbindet, daß sie häufig im Zusammenhang einander zur Erklärung dienen. Die vortrefflichen Illustrationen sind mit reifstem ethnologischen Verständnis ausgesucht. Kein Folklorist kann auf dieses Werk verzichten." . . . Das „Weib" gehört zu jenen seltenen Werken der Weltliteratur, derentwegen man die Sprache, in der es verfaßt worden, lernen muß, falls man fremdsprachlich ist. Wir Deutschen aber dürfen stolz darauf sein, daß wir uns mit seinem Inhalt ohne schwieriges Sprachstudium vertraut machen können.

„Anthropophyteia" II.
Dr. Friedrich S. Krauss-Wien.

Das bekannte große Werk von Ploß-Bartels, dessen 6. Auflage wir im Bericht von 1899 anzeigen durften, ist mittlerweile bis zur 8. Auflage gelangt ... Das Buch ist wiederum bedeutend vergrößert und in Text wie in Abbildungen erheblich bereichert.

Bartels sen. ist es noch vergönnt gewesen, vor dem Druck das ganze Werk abzuschließen und die letzte Hand daran zu legen. Es ist alle Gewähr dafür geleistet, daß auch unter der neuen Ägide das kapitale Buch, das namentlich für die Geschichte der Geburtshilfe ein wertvolles Repertorium bildet, seinen großen Leserkreis behalten wird ...

Waldeyers und Posners Jahresbericht der gesamten Medizin 1905. Band I.

Im gleichen Verlage ist soeben erschienen:

Gerichtliche Medizin der Chinesen

von

Wang-in-Hoai.

Nach der holländischen Übersetzung von **C. F. M. de Geys**

herausgegeben von

Dr. H. Breitenstein.

Preis 4 M.

Die deutsche Bearbeitung des zuerst im 13. Jahrhundert erschienenen, noch heute giltigen chinesischen Originals, auch kulturhistorisch und ethnographisch von großem Interesse, seither noch nicht veröffentlicht gewesen.

Bestell-Schein.

Unterzeichneter bestellt hiermit bei der Buchhandlung von

.....

Expl. **Ploß,** Dr. H., & **Bartels,** Dr. Max, **Das Weib** in der Natur- und Völkerkunde. 9. Auflage. Herausgegeben von Dr. Paul Bartels, Lieferung 1 und folg. Vollständig in 18 Lieferungen. Preis: Lieferung 1—16 je M. 1,50, Lieferung 17 und 18 je M. 2,—.

Expl. **Wang-in-Hoai,** Gerichtliche Medizin der Chinesen. M. 4,00.

(Erschienen in **Th. Grieben's** Verlag **[L. Fernau]** in **Leipzig.**)

Name: .....

Ort u. genaue Adresse: .....

Nach Orten, in denen sich keine Buchhandlung befindet, liefert die Verlagsbuchhandlung auch direkt franko gegen vorherige Einsendung des entfallenden Betrages.

DIONIN

Morphinderivat ohne schädliche Nebenwirkungen.

VORZÜGLICHER MORPHIN-ERSATZ,
bewährt bei Erkrankungen der Atmungsorgane, ferner als Analgetikum u. Sedativum, sowie bei Morphium-Entziehungskuren.
Dionin ist leicht löslich, die Lösungen sind neutral und die Injektionen deshalb schmerzlos.
Für interne Darreichung: **Dionintabletten à 0,03 g.** in Originalröhrchen.

JODIPIN

Vollwertiger Ersatz für Jodalkalien ohne Nebenwirkungen.

Bes. indiziert bei Asthma, Bronchitis, Emphysem, Arteriosclerose, Skrofulose, Struma.
Spezificum gegen tertiäre Lues.
Intern auch in Form von **Jodipin solid. und Jodipintabletten.**
Jodipin-Injektionen wirken prompt, energisch, nachhaltig.

PERHYDROL

30 Gew.Proc. 100 Vol.Proc.,
chem. reines, säurefreies Wasserstoffsuperoxyd.
Desinfiziens und Desodorans,
völlig reizlos, ungiftig, geruchlos,
für alle chirurgischen, otologischen, rhinologischen, laryngologischen und odontologischen Zwecke geeignet.
Originalgläser m. neu. prakt. Verschluss.

ANTITHYREOIDIN

(Möbius)
vorzüglich bewährtes Mittel gegen
Morbus Basedowii.

FIBROLYSIN

nach Dr. Mendel.
Thiosinamin i. wasserlösl. Form,
gebrauchsfertig und steril in Ampullen à 2,2 ccm (Cart. à 10 A.)

PARANEPHRIN

relativ ungiftiges und völlig reizloses Nebennierenpräparat

Proben und Literatur zur Verfügung!

E. MERCK – DARMSTADT.

Proben und Literatur zur Verfügung!

BROMALIN

für längere Brom-Medikation empfohlen.

TROPACOCAIN

rel. ungiftiges Anaesthetikum f. d. Rückenmarksanästhesie hervorragend geeignet.

MAGNESIUM-PERHYDROL

mit 15% und 25% chem. reinem H_2O_2.
vorzügliches Mittel zur **internen Sauerstofftherapie.**

TANNOFORM

ungiftiges und unschädliches
Adstringens und Antisepticum,
intern gegen Magen-, Darmkatarrhe und Durchfälle,
äusserlich als Wundantisepticum bewährt.
Tannoform-Streupulver,
vorzüglichen Anhydrotikum.

STYPTICIN

sehr wirksames, unschädliches **Haemostatikum**
mit sedativen Eigenschaften besonders bei Uterusblutungen, ferner bei Magen-, Darm-, Nasenblutungen, wie auch bei Hämoptoe bewährt.
Innerlich in Tabletten à 0,05 g.
Stypticin-Gaze — Stypticin-Watte.

VERONAL

in den in Betracht kommenden Dosen unschädliches **Schlafmittel**
von prompt. hypnotischer u. sedativer Wirkung, sowohl bei einfacher Insomnie wie bei Schlaflosigkeit infolge psychischer Erkrankungen u. bei Erregungszuständen empfohlen. Bei Schmerzzuständen mit Dionin kombiniert von bestem Erfolge.
VERONAL-TABLETTEN à 0,5 g.

[17]

Gesellschaft für chemische Industrie in Basel (Schweiz) **Pharmaceutische Abteilung**
Adresse für Deutschland und Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

SALEN.

Salicylsäureester zur lokalen Behandlung von Rheumatosen

Leicht resorbierbar – geruchlos – völlig reizlos

Rp. Salen. spir. aa prts 8. Ausserlich

SALENAL

Ungt. Salenae mit 33⅓% Salen. pur. Bequemste und billigste Anwendungsweise von Salen., daher auch empfehlenswert in der Kassenpraxis. Leicht resorbierbares, völlig reizloses Antirheumatikum.

Rp. 1 Original-Tube Salenal (ca. 30 g Salenal entsprechen 10 g Salen. pur.) Preis M. 1.10 Détail.

„Chininphytin"

Chinin. phytinicum

1 g entspricht seinem Gehalt nach 0,5 g Chinin hydr. oder 0,7[illegible] g Chin. sulf. und 0,5 g Phytin.
Vereinigt die spezifische Chininwirkung mit der roborierenden des Phytin.

Indikationen: **Influenza** (Prophylaxe und Nachbehandlung) **Migräne, Neuralgien, Chlorose, Fieber, Keuchhusten, Malaria und Malaria Kachexien.**

in versilberten Tabletten à 0,1 g.

Rp. ½ Orig.-Glas Chininphytin (50 Tabletten) M. 2.— Détail.
Rp. ¼ Orig.-Glas Chininphytin (25 Tabletten) M. 1.10 Détail.

Phytin

aus Pflanzensamen hergestelltes Phosphorpräparat.

Phytin. liquidum.

für die weniger bemittelten in Kassenpraxis. in Orig.-Tropfgläsern f ca 6 Tage reichend Preis M. 1.20 Détail.

Muster und Literatur gratis und franko.

Chemische Fabrik Dr. Klopfer Dresden-Leubnitz

Ein neues
Brom-(Phosphor-Eisen) Präparat
reizloses, von Nebenerscheinungen völlig freies Sedativum
von höchster Wirksamkeit!
1 Originalröhrchen Bromglidine
Indikationen Nervenkrankheiten,
nervöse Erregungszustände,
Hysterie, Neurasthenie,

Bromglidine

Für den Anzeigenteil verantwortlich: S. Birnel in Leipzig. — Druck von Otto Wigand m. b. H. Leipzig.

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07400 7298

Digitized by Google